215

DE LA SYPHILIS VEINEUSE

et particulièrement de la

PHLÉBITE SYPHILITIQUE PRÉCOCE

DES VEINES SUPERFICIELLES DES MEMBRES

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/thesepourledocto0000phil_y5s3

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911 DE LA N°

SYPHILIS VEINEUSE

ET PARTICULIÈREMENT DE LA

PHLÉBITE SYPHILITIQUE PRÉCOCE

des veines superficielles des membres

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE

par

PHILIPPE GAILLARD

né à Paris, le 15 Janvier 1885

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Médaille de bronze de l'Assistance publique - Médaille d'Honneur des Epidémies

Président : M. le professeur ACHARD

PARIS

HENRY PAULIN & Cie, ÉDITEURS

21, RUE HAUTEFEUILLE

1911

29226

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

M. LANDOUZY..... doyen.

PROFESSEURS

MM.	NICOLAS.....	Anatomie.
	Ch. RICHET.....	Physiologie.
	GARIEL.....	Physique médicale.
	GAUTIER	Chimie organique et chimie générale.
	BLANCHARD	Parasitologie et histoire naturelle médicale.
	ACHARD	Pathologie et thérapeutique générales.
	WIDAL.....	Pathologie médicale.
	DEJERINE	
	LANNELONGUE.....	Pathologie chirurgicale.
	P. MARIE.....	Anatomie pathologique.
	PRENANT.....	Histologie.
	HARTMANN.....	Opérations et appareils.
	POUCHET.....	Pharmacologie et matière médicale.
	MARFAN.....	Thérapeutique.
	CHANTEMESSE	Hygiène.
	THOINOT	Médecine légale.
	CHAUFFARD.....	Histoire de la médecine et de la chirurgie.
	ROGER.....	Pathologie expérimentale et comparée.
	HAYEM.....	Clinique médicale.
	GILBERT	
	DEBOVE	
	LANDOUZY	
	HUTINEL.....	Maladies des enfants.
	G. BALLET.....	Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.
	GAUCHER.....	Clinique des mal. cutanées et syphilitiques.
	DELBET	Clinique chirurgicale.
	QUENU	
	RECLUS	
	SEGOND	
	DE LAPERSONNE.....	Clinique ophtalmologique.
	ALBARRAN	Clinique des maladies des voies urinaires.
	BAR.....	Clinique d'accouchements
	PINARD.....	
	RIBEMONT DESSAIGNE.	
	POZZI	Clinique gynécologique.
	KIRMISSON.....	Clinique chirurgicale infantile
	A. ROBIN.....	Clinique thérapeutique.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	BALTHAZARD,	DESGREZ,	LECENE,	OMBREDANNE,
	BERNARD,	DUVAL Pierre,	LENORMANT,	PROUST,
	BRANCA,	GOUGEROT,	LEQUEUX,	RATHERY,
	BRINDEAU,	GREGOIRE,	LERI,	RETTERER,
	BROCA André,	GUENIOT,	LOEPER,	RICHAUD,
	BRUMPT,	GUILLAIN,	MACAIGNE,	ROUSSY,
	CAMUS,	JEANNIN,	MAILLARD,	ROUVIERE,
	CARNOT,	JOUSSET André,	MORESTIN,	SCHWARTZ,
	CASTAIGNE,	LABBE Marcel,	MULON,	SICARD,
	CHEVASSU,	LANGLOIS,	NICLOUX,	TERRIEN,
	CLAUDE,	LAIGNEL-LA-	NOBECOURT,	TIFFENEAU,
	COUVELAIRE,	VASTINE,	OKINCZYC,	ZIMMERN,

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Professeur de Pathologie et de Thérapeutique générales
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Necker
Chevalier de la Légion d'Honneur

dont j'ai eu l'honneur d'être l'élève.

A MON PÈRE, A MA MÈRE,

en témoignage de ma profonde et affectueuse reconnaissance.

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES THIBIERGE

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Chevalier de la Légion d'Honneur

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, et nous a aidé de ses conseils éclairés.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL RAVAUT

Médecin des Hôpitaux

que nous remercions de sa précieuse collaboration.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LETULLE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Boucicaut

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

nous adressons nos respectueux remerciements.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage 1904-1906

MM. Docteur de MASSARY, Médecin de l'Hôpital Andral.
Professeur ACHARD, Médecin de l'Hôpital Necker.
Docteur DEMOULIN, Chirurgien de l'Hôpital de la Charité.

Externat 1906-1907

MM. Docteur LEJARS, Professeur agrégé, Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine.
Docteur SOULIGOUX, Chirurgien de l'Hôpital Tenon.

Externat 1907-1908

MM. Docteur LION, Médecin de l'Hôpital de la Pitié.
Docteur RAMOND, Médecin des Hôpitaux.

Externat 1908-1909

MM. Docteur G. THIBIERGE, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.
Docteur P. RAVAUT, Médecin des Hôpitaux.
Docteur BOISSARD, Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière,

Externat 1909-1910

M. Docteur H. BARBIER, Médecin de l'Hôpital Hérold (Enfants malades).

Externat 1910-1911

MM. Docteur LABEY, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.
Docteur NAU, Assistant de la Consultation de Chirurgie de l'Hôpital Beaujon.

AVANT-PROPOS

Avant d'exposer ici le sujet de notre thèse inaugurale, nous nous faisons un devoir d'adresser à tous nos maîtres dans les hôpitaux, l'hommage de notre vive reconnaissance.

Le docteur E. DE MASSARY *guida nos premiers pas dans la clinique médicale. Nous l'en remercions bien sincèrement.*

Que le docteur LEJARS *reçoive ici l'expression de notre profonde gratitude, car il fut pour nous un maître plein de bienveillance. Pendant notre stage, il nous enseigna les premières notions de clinique chirurgicale.*

Nous eûmes la bonne fortune de devenir par la suite son externe, et c'est à lui que nous devons nos quelques connaissances de l'asepsie et de la pratique chirurgicales.

Nous adressons au Docteur G. LION *nos sincères remerciements. Nous garderons toujours le souvenir de sa sollicitude et de son excellent enseignement.*

C'est dans le service du Docteur G. THIBIERGE *que nous avons étudié le sujet de notre thèse. A lui nous devons nos quelques connaissances de dermatologie et de syphiligraphie. C'est un devoir bien agréable pour nous de lui adresser ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respectueuse sympathie.*

C'est grâce au Docteur H. Barbier *que nous avons acquis quelque pratique de la médecine infantile. Par les soins dévoués qu'il nous prodigua au cours d'une affection contagieuse contractée à l'Hôpital Hérold, il s'est acquis tous les droits à notre reconnaissance.*

Nos remerciements au Docteur Labey *et au Docteur* Nau. *Ils nous ont laissé toute liberté dans la pratique de la gynécologie à l'Hôpital Beaujon.*

M. le Professeur Ch. Achard *nous a fait le grand honneur de présider notre thèse : qu'il veuille bien accepter l'hommage de notre gratitude.*

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Bien que la syphilis des veines viscérales et de la veine porte ait été entrevue dès 1740 par Jean Astruc, la phlébite syphilitique précoce des veines superficielles des membres est connue seulement depuis 1860, grâce aux observations de Girdwood.

Jusqu'en 1900, les cas publiés sont relativement rares, mais dans ces dix dernières années les auteurs en ont rapporté de nombreuses observations, et tous en ont donné une description à peu près identique : la symptomatologie est donc actuellement mise au point.

Nous avons seulement essayé de montrer dans ce modeste travail que la phlébite syphilitique précoce est une affection plus fréquente qu'on ne le croit généralement, et qu'elle est bien fonction du *Spirochaete pallida*, dont on peut constater la présence dans l'épaisseur des tuniques veineuses.

En 1881, Lancereaux écrivait dans son *Traité d'Anatomie pathologique* : « La syphilis qui localise spécialement ses effets sur le système lymphatique affecte peu le système veineux; aussi la phlébite syphilitique est-elle une affection des plus rares. Après avoir écrit qu'il n'en existait aucun cas dans les annales de la science, j'ai eu connaissance d'un fait observé et publié par Dowse. » Ce cas de Dowse (1875) concerne une gomme de la tente du cervelet propagée aux sinus cérébraux.

On voit qu'à cette époque la phlébite syphilitique était à peu près inconnue en France. Les réactions ganglionnaires semblaient alors résumer toutes les manifestations de la syphilis sur le système circulatoire. Les adénopathies régionales contemporaines du chancre témoignaient d'un envahissement partiel de la circulation lymphatique ; elles ont été et sont toujours, par leurs caractères bien définis, un précieux élément de diagnostic.

A la période secondaire, les adénopathies multiples échelonnées sur le courant lymphatique sont encore un symptôme bien utile pour confirmer un diagnostic hésitant d'une syphilide au déclin, par exemple, celui d'une roséole pâlissante.

Elles ont à cette période une signification plus élevée; elles montrent l'envahissement plus profond de l'organisme, et traduisent la réaction phagocytaire luttant contre les microorganismes amenés aux ganglions.

L'existence de ces adénopathies, voire même des lymphangites syphilitiques, était d'une constatation facile. Elles tombaient sous le sens, et n'échappaient pas à l'examen sommaire du malade tant à l'inspection qu'à la palpation.

Il pouvait venir à l'idée des observateurs qu'une invasion aussi généralisée du système lymphatique par l'infection syphilitique n'était pas sans quelque retentissement sur le système circulatoire sanguin, ces deux systèmes ayant entre eux de larges communications.

Mais ce n'était plus ici une simple constatation anatomique, c'était l'interprétation de symptômes très variables, parfois fort obscurs, et ce n'est qu'en 1870, qu'Heubner, par ses célèbres travaux sur la syphilis des artères cérébrales, vint mettre les choses au point.

On connut alors, et on interpréta les désordres que pouvait causer l'artérite oblitérante dans la syphilis secondaire, localisée surtout à l'hexagone de Willis, ainsi que la syphilis tertiaire de l'aorte et de sa crosse.

L'efficacité du traitement mercuriel dans l'artérite secondaire était la suprême confirmation de sa nature spécifique.

En raisonnant par analogie, on pouvait émettre l'hypothèse qu'une infection aussi généralisée que la syphilis et qui frappait si sévèrement les artères, ne devait pas épargner le système veineux. L'endothélium des veines par sa structure se rapproche des séreuses dont on connaît la susceptibilité envers les agents infectieux. De plus, la circulation veineuse étant plus lente que la circulation artérielle, le sang reste plus longtemps au contact des parois veineuses; les chances d'infection sont donc plus grandes; de même les valvules offrent une plus grande surface aux agents microbiens. Une autre différence entre la structure histologique des artères et des veines, c'est que les veines possèdent peu ou pas de lame limitante élastique interne, si bien que tout processus inflammatoire venu de la tunique interne pourra se propager facilement dans toute l'étendue de la tunique moyenne jusqu'à la tunique externe et aux tissus périvasculaires. C'est donc un fait paradoxal que l'artérite syphilitique ait été connue bien avant la phlébite.

Bien que Girdwood, en Angleterre, ait publié trois observations de phlébite syphilitique précoce des membres, cette affection n'avait en France aucunement attiré l'attention. C'est ainsi que Lancereaux ne décrit que l'artérite tertiaire ; Jullien et Cornil ne s'occupent également que des lésions tertiaires de l'appareil circulatoire.

Il semblait que le système veineux n'offrait aucune importance et qu'il ne méritait pas la faveur d'être étudié dans les divers états morbides de l'organisme.

On ne s'étonnera pas outre mesure que la syphilis des veines, et surtout la syphilis veineuse secondaire, ait passé si longtemps inaperçue, quand on saura que les lésions n'engendrent pas de syndrôme bruyant, et n'attirent le plus souvent l'attention du clinicien par aucun signe très net.

La découverte des phlébites syphilitiques est le plus souvent l'effet du hasard, et quand elles se sont révélées d'elles-mêmes, elles ont pendant longtemps laissé les observateurs dans l'embarras, ceux-ci ne sachant pas, ou n'osant pas les attribuer à leur véritable cause.

Depuis 1860, d'autres cas de phlébite syphilitique ont été cette affection des veines, à en préciser la symptomatologie, à relatés; plusieurs travaux dans la suite ont contribué à définir montrer que le tissu veineux n'est pas plus qu'un autre à l'abri de l'infection syphilitique, à en faire en un mot une entité morbide : la *phlébite syphilitique.*

Les altérations veineuses peuvent se rencontrer aux trois périodes de la syphilis.

Koulnieff, en 1889, à l'Académie de Médecine de Saint-Pétersbourg, montra, dans un intéressant travail avec préparations histologiques à l'appui, que les cordons indurés de la verge, considérés habituellement comme une lymphangite consécutive à l'induration syphilitique primitive, étaient le plus souvent dus à une altération des vaisseaux veineux de la région où siège le chancre.

Taylor, en 1893, publia aussi un cas de phlébite du pénis, compliquant le chancre induré.

Il ne faut pas pour cela se hâter de conclure que tous les cordons indurés du dos de la verge, consécutifs au chancre, sont des cordons phlébitiques. Phlébite et lymphangite syphilitiques du dos de la verge existent, et peuvent quelquefois être prises l'une pour l'autre. M. le Dr Ravaut ayant trouvé un cordon semblable chez un syphilitique porteur d'un chancre, pensa à une phlébite. L'examen microscopique, qu'on trouvera au chapitre du diagnostic, montra que l'on avait affaire à une lymphangite.

C'est donc là un diagnostic bien délicat.

Laissons ces phlébites syphilitiques toutes locales, qui sortent quelque peu de notre sujet.

En examinant les veines superficielles des membres chez un syphilitique porteur d'un chancre induré, et n'ayant pas encore de manifestations secondaires, nous fûmes surpris de trouver des lésions de phlébite généralisée, car la phlébite syphilitique précoce des veines superficielles des membres avait été, le plus souvent, constatée et décrite à la période secondaire.

Cependant Girdwood, Fournier et Lœper, Le Noir, Jullien avaient observé des cas de phlébite ultra-précoce, qui était apparue avant toute manifestation secondaire.

En palpant méthodiquement les veines superficielles des membres chez les syphilitiques que nous pouvions observer à Saint-Louis, dans le service de M. le Dr Thibierge, nous avons pu recueillir trois observations de phlébite syphilitique précoce au premier stade de l'infection (Obs. 2, 4 et 5).

Le type clinique de la phlébite syphilitique primitive est d'ailleurs en tous points identique à celui décrit par les auteurs à la période secondaire, et dont nous avons pu également observer trois cas dans le service de M. le Dr Thibierge (Observations 1, 3 et 6).

Nous mentionnerons ici en passant une forme de phlébite syphilitique un peu spéciale et relativement rare : la thrombo-phlébite nodulaire, *syphilis noueuse*, ou *érythème noueux syphilitique* (1), accident connu depuis Mauriac, qui, le premier, l'étudia en 1883, et rapporté dans ces dernières années à la thrombo-phlébite, à la suite des travaux de l'école allemande : de Philippson, Marcuse, Blaschko, Erich Hoffmann. En France Jullien, en 1903, publie un mémoire sur la syphilis noueuse.

Ce sont des nodosités colorées, rouges ou violacées, siégeant sur les régions vasculaires, les membres inférieurs, le corps caverneux, les carrefours veineux. Ces nodules ressemblent à ceux de l'érythème noueux, et pour les auteurs, l'érythème noueux syphilitique serait une transition entre la syphilis noueuse et la gomme. Marcuse et Blaschko ont fait d'ailleurs des biopsies, qui ne laissent aucun doute sur la nature phlébitique du noyau central.

A la période tertiaire, la phlébite syphilitique a été rarement observée. C'est une phlébite à allures toute spéciales; ce n'est plus la phlébite généralisée du début de la syphilis, c'est une lésion localisée à une veine, à un segment de veine; c'est, à proprement parler, une gomme veineuse, plutôt qu'une phlébite,

(1) Cas de Pasini, de Darier et Civatte

laissant après elle des indurations veineuses chroniques, qu'on ne voit jamais dans la phlébite secondaire, où la résolution est complète sous l'influence du traitement.

Nous ne ferons pas ici l'étude des lésions des capillaires veineux qui, à l'instar des lésions d'endopériartérite chronique dans la syphilis tertiaire, produisent des lésions interstitielles et parenchymateuses. Ce sont des gommes miliaires périveineuses, comparables aux tubercules périveineux. C'est surtout une périphlébite gommeuse avec endophlébite de contiguité.

L'étude microscopique de ces lésions explique les dégénérescences viscérales multiples qu'on constate pendant la syphilis tertiaire dans le foie et dans la moëlle. Sottas (1) et Lang (2) ont eu en effet le grand mérite de reconnaître et de décrire les lésions des veines dans certaines myélites d'origine syphilitique. Ils ont montré que les vaisseaux étaient le siège de phlébite et de périphlébite ; que la sclérose était parfois diffuse ; enfin, que la périphlébite était la lésion primitive.

Ces lésions ne provoquent pas de syndrôme précis ; elles sont trop diffuses, s'étendent à un trop grand nombre d'organes, et donnent lieu à une symptômatologie par trop variable.

En fait de phlébite tertiaire, nous ne dirons que peu de mots des quelques observations de gommes veineuses publiées jusqu'ici.

Les gommes localisées aux veines sont de purs accidents. Leurs conséquences cliniques, leur gravité sont des plus variables, et se prêtent mal à une description d'ensemble.

En 1879, Gosselin publie deux observations de phlébite qu'il intitule *gommes veineuses*. C'est là une hésitation de la part du grand clinicien en face d'une affection qu'il n'avait jamais vue, plutôt qu'une erreur de classification, car le tableau clinique qu'il nous expose est celui de la phlébite syphilitique nodulaire précoce des veines superficielles des membres.

(1) Sottas, *Société de Biologie*, avril 1893.

(2) Lang, *Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis*, 1896.

Lancereaux, en 1881, cite deux cas de lésions syphilitiques tertiaire des veines: un cas de Dowse, relatif à une gomme de la dure-mère, propagée aux sinus du voisinage, et un cas personnel, dans lequel une veine avait pris part au processus d'une gomme adjacente à ses parois.

La même année, Langenbeck publie deux observations de gommes syphilitiques veineuses, observations intéressantes à citer au point de vue du diagnostic et du traitement ; car avant l'intervention chirurgicale, Langenbeck hésitait entre un carcinome et un sarcome. L'examen microscopique de la tumeur extirpée montra que l'on avait affaire à une gomme syphilitique veineuse. La malade présenta d'ailleurs par la suite une ulcération tertiaire manifeste du pharynx.

Il est fort difficile de tracer l'histoire de la gomme veineuse en général, d'après ces observations. Etant donné la difficulté extrême du diagnostic dans ces cas, on ne peut s'empêcher de penser que nombre de cas analogues ont été méconnus même après avoir été opérés. L'importance pratique de ce diagnostic serait pourtant des plus grandes, car dans ces deux cas, l'iodure de potassium aurait probablement fait disparaître ces tumeurs sans qu'on ait eu besoin de recourir à des opérations quelquefois assez chanceuses, puisque Langenbeck perdit sa seconde malade de pyohémie. L'on comprendra ainsi l'importance d'avoir toujours présente à l'esprit la possibilité d'une étiologie syphilitique pour expliquer ces accidents.

Ces deux sortes de manifestations de la syphilis sur les veines n'ont d'ailleurs rien d'insolite ; elles se conforment à la discipline générale de la vérole, qui veut que les lésions précoces soient plus légères et plus diffuses, tandis que les lésions tardives sont régionales et profondes. Les éruptions cutanées offrent de magnifiques exemples de cette loi.

Laissant de côté l'étude des phlébites gommeuses tertiaires et de l'érythème noueux syphilitique, nous n'aurons en vue, dans le cours de ce travail, que la phlébite syphilitique précoce, localisée aux veines superficielles des membres; celle que l'on observe aux deux premières périodes de la syphilis.

La symptomatologie de cette phlébite a été bien décrite dans quelques thèses et plusieurs mémoires. Mais jusqu'en 1910, on n'avait pas donné la démonstration bactériologique de sa nature spécifique. On savait depuis longtemps combien virulente était la syphilis à sa période secondaire, on savait qu'en dehors des plaques muqueuses qui sont si souvent une cause de transmission de l'infection, le sang même des syphilitiques à cette période est doué d'un grand pouvoir virulent (expériences de Waller, de Prague ; de P. Pellizzari).

Des rapports sexuels avec une femme n'ayant aucune manifestation locale, mais se trouvant dans sa période menstruelle, avaient été signalés comme une cause d'infection syphilitique.

De même, dans les nombreux cas de chancres syphilitiques survenant après la vaccination antivariolique, le sang devait être incriminé et non la lymphe vaccinale.

Il restait une inconnue à trouver pour résoudre complètement le problème, une lacune que les progrès de la bactériologie combleraient peut-être un jour par la découverte de l'agent pathogène de la syphilis.

Aussi Bondésio pouvait-il écrire, en 1889 : « L'agent morbide charrié par le sang, doit, nous semble-t-il, pouvoir porter directement son action sur l'endovéine par un processus que nous appellerons irritatif, et qu'il est d'autant plus difficile de définir que nous ne connaissons malheureusement pas encore la nature de l'agent pathogène de la syphilis. »

Au mois de mai 1905, Schaudinn, en recherchant un protozoaire, décrit par Siegel dans les produits d'un chancre induré, constata la présence de spirochètes d'aspect particulier, qu'il étudia avec Hoffmann. Ces auteurs donnèrent au nouvel organisme le nom de *Spirochaete pallida*. Ils démontrèrent ensuite la présence du parasite dans le sang circulant pendant les deux premières périodes de la syphilis, et Hoffmann le trouva dans le milieu sanguin même *avant* l'apparition de l'accident primitif.

Le 14 avril 1910, dans une communication à la Société Médicale des Hôpitaux, à propos d'un cas de phlébites syphilitiques secondaires multiples des membres, nos maîtres, MM. les doc-

teurs Georges Thibierge et Paul Ravaut, démontrèrent, après avoir pratiqué une biopsie sur le malade consentant, la présence du spirochète dans la paroi veineuse, par l'examen microscopique et par l'inoculation expérimentale, qui reproduisit un chancre de la paupière chez le singe.

C'est à la suite de cette communication que notre maître, M. le Dr Thibierge, nous suggéra l'idée de cette étude.

M. le Dr Ravaut a bien voulu nous aider de sa grande expérience du laboratoire. C'est lui l'auteur des biopsies et des examens bactériologiques de ce modeste travail. Qu'il veuille bien accepter l'hommage de notre reconnaissance.

M. le Dr Letulle a eu l'extrême obligeance de nous donner en détail le compte-rendu des lésions histologiques des veines que nous lui avons soumises : nous lui adressons ici nos plus sincères remerciements.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

La syphilis des veines, connue des tout premiers syphiligraphes, comme Proksch l'a démontré, est tombée un moment dans l'oubli. En 1740, on trouve une publication de Jean Astruc : *De morbis veneris libri novem.* Il avait entrevu la phlébite syphilitique de la veine porte.

Un peu plus tard, Carlo Guattani, qui vivait du temps de Morgagni, dans un ouvrage intitulé : *De externis anevrysmatibus* (Rome, 1772), décrivit le cas d'un homme de 30 ans, chez qui l'artère et la veine poplitées étaient épaissies et dilatées, donnant lieu à un vaste sac anévrysmal. Dans ce cas, la syphilis fut incriminée.

Ce n'est qu'en 1834 que Tessier, en France, présenta à la Société anatomique le premier travail intéressant : c'était une inflammation des veines crurales et iliaques avec œdème du membre inférieur gauche, développée chez une femme atteinte de syphilis constitutionnelle.

Dittrich, en 1849, publie à Prague six cas de phlébites viscérales, et de phlébites des membres chez des syphilitiques; il eut tendance à rapporter ces phlébites aux dyscrasies qui accompagnaient la syphilis.

Virchow, en 1850, rapporta trois autopsies, où il observa des lésions veineuses de nature syphilitique.

Mais ce n'est vraiment que depuis cinquante ans que l'on connait la phlébite syphilitique précoce des veines superficielles des membres.

En 1860, un médecin militaire anglais, Girdwood, rapporte trois cas de phlébite « survenant chez des malades atteints de syphilis », qu'il a observés en l'espace de trois mois, et dont le rapprochement l'a vivement surpris. Il en donne une description qui cadre bien avec la symptomatologie de la phlébite syphilitique précoce connue actuellement.

Il constate que l'affection est une phlébite, que les malades sont des syphilitiques, mais ne s'explique pas comment la syphilis peut devenir l'origine d'une phlébite, et n'ose se prononcer sur l'étiologie de celle-ci.

Greenhow, en 1873, rapporte un cas de phlébite syphilitique accompagnée de tumeurs des muscles.

En France, Gosselin, le premier, dans ses leçons de la Charité, relate deux cas de cette affection ; le premier cas fut observé en 1870, le second quelques années plus tard. Il intitule ses observations : « *gommes veineuses* », dénomination inexacte, car il suffit de relire les descriptions rapportées, pour se rendre compte que ce sont celles de deux cas typiques de phlébite syphilitique secondaire, revêtant vraisemblablement la forme de thrombo-phlébite nodulaire, de syphilis noueuse, qui est une forme de transition entre la phlébite secondaire et la phlébite gommeuse tertiaire.

Ceci d'ailleurs n'empêcha pas que, par la suite, on reproduisit ces observations sous le même titre de « *gommes veineuses* ». Dans le premier cas, qui a trait à un jeune homme de 25 ans, présentant trois mois et demi après un chancre induré des syphilides vésiculo-papuleuses sur le ventre, le dos et les bras, Gosselin trouva des indurations sur le trajet de la veine saphène interne qui avaient de 3 à 5 centimètres de longueur. Il conclut à des gommes développées dans l'épaisseur des parois veineuses, à cause de : « *la difficulté d'admettre une phlébite spontanée chez un jeune homme de cet âge, qui n'avait pas de varices, et qui n'était convalescent d'aucune maladie grave.* »

Ces nodosités que Gosselin prit pour des gommes étaient soit des nodules de syphilis noueuse, soit des valvules veineuses faisant saillie sous la peau, et ayant participé aussi au processus phlébitique.

Dans le second cas, il relate l'histoire d'une jeune fille de 25 ans, en pleine poussée de syphilis secondaire, comme en témoignent la roséole, la céphalée et l'adénopathie occipitale. Gosselin trouve un cordon dur, allongé, sur le trajet de la veine saphène externe, et voici ce qu'il écrit : « On peut donc conclure, en l'absence de toute cause de phlébite, que cette femme porte une gomme développée dans le tissu conjonctif qui forme la membrane externe et l'enveloppe de la veine saphène externe ». Il rejette donc l'idée de phlébite, mais déclare toutefois que : « la maladie à laquelle elle ressemble le plus est une phlébite avec thrombose. »

Ces passages de Gosselin montrent dans quel embarras était l'éminent clinicien en présence de faits cadrant mal avec une doctrine courante et admise. La possibilité d'une affection aiguë, liée à la syphilis, était à cette époque hors de toute conception.

Depuis les cas de Gosselin, des faits analogues ont été rapportés par Gayraud, Bréda, Mauriac, Charvot, Lang. Tous ces auteurs ne s'expliquent pas comment la syphilis peut causer des lésions de phlébite.

A propos d'un cas qu'il publie en 1889 (paysanne de 28 ans, infectée par un nourrisson et atteinte d'un chancre du sein), Bréda, chez cette femme, pense à une phlébite syphilitique, par exclusion de la phlébite rhumatismale et de la phlébite spontanée. La guérison des lésions veineuses, marchant de pair avec celles de la peau sous l'influence du traitement spécifique, corrobora cette opinion.

Mauriac, en 1890, rapporte une observation de phlébite syphilitique secondaire et conclut : « Rien ne peut m'expliquer cette succession de phlébite et de thrombose spontanées, qui semblaient résulter d'une sorte de dyscrasie veineuse née sous l'influence de la diathèse syphilitique. »

Charvot, en 1890, observe dans son service de l'hôpital Saint-

Martin deux cas d'inflammation veineuse syphilitique, et traduit ainsi son hésitation : « Il est facile de reconnaître une phlébite des mieux caractérisées, mais il est moins aisé d'en préciser la cause. On ne peut invoquer le traumatisme, l'homme est couché depuis un mois ; aucune inflammation de voisinage n'a pu se propager à la saphène. Le début insidieux de la phlébite prouve sans doute son origine virtuelle; mais quelle infection jusque-là latente est venue se fixer sur les parois de la veine? On n'a pas affaire à un convalescent de fièvre grave, et dans les antécédents on ne trouve aucune diathèse. »

Mais en découvrant son malade, Charvot s'aperçoit qu'il est en puissance de roséole syphilitique. Tout s'explique, et il peut dire ensuite que : « du groupe si mal étudié des phlébites spontanées, où l'on jette pêle-mêle les inflammations veineuses, dont on n'a pu encore pénétrer la pathogénie, nombre de cas sans doute pourraient relever de la diathèse syphilitique. »

Cautru, pour accoutumer l'esprit à l'idée de phlébite syphilitique, se demande pourquoi la syphilis qui frappe si sévèrement les artères épargnerait les veines. Il ajoute à propos de son malade, qui, en même temps qu'un chancre induré et une roséole, eut pendant son séjour à l'hôpital une crise de rhumatisme articulaire aigu : « Ne sommes-nous pas en droit de mettre sur le compte de l'infection syphilitique le retour du rhumatisme et surtout l'apparition de la phlébite ? » Le cas de Cautru a d'ailleurs été contesté par nombre d'auteurs en tant que phlébite syphilitique, le rhumatisme articulaire aigu pouvant aussi bien avoir été l'origine de cette phlébite.

A cette époque, la phlébite syphilitique était encore assez peu connue pour qu'Oettinger ait pu dire : « *que la question de la phlébite syphilitique restait encore à écrire.* »

En effet, bien que plusieurs observations aient déjà été publiées, la description de ces phlébites occupe peu de place dans les classiques, où elles sont seulement signalées.

En 1894, Vaquez les considère comme des lésions exceptionnelles. « Leur connaissance, dit-il, est de date récente. Hutchinson entrevoit cette complication possible de la syphilis, mais

c'est Mauriac, qui le premier rapporta le cas d'un homme, qui deux mois après le chancre, vit se développer des phlébites multiples, atteignant successivement les veines de la jambe droite, puis celles du bras, et enfin la veine crurale droite.

« La coexistence d'autres accidents syphilitiques rend compte de la cause vraisemblable de ces phlébites bien que l'auteur ne veuille pas se prononcer catégoriquement à ce sujet. »

Letulle également dans son *Traité d'Anatomie pathologique* s'exprime ainsi : « Des phlébites syphilitiques, nous parlerons peu, attendu que la syphilis des gros troncs veineux des membres n'est ni commune, ni bien connue. »

En 1894, Mendel, le premier, dans son *Mémoire*, classe les documents relatifs à la question et adopte la division des phlébites syphilitiques en secondaires et tertiaires. Il réunit neuf cas de phlébite secondaire, deux cas de phlébite tertiaire, et en donne une excellente description. « Il y a lieu, dit-il, de penser que cette affection est plus fréquente qu'elle ne paraît, et qu'un certain nombre de cas passent inaperçus. » Et à propos d'une observation que Mendel publia l'année suivante, M. E. Besnier, en ces termes, lui faisait part de ses doutes : « Ces phlébites, dit-il, n'entrent guère dans le plan normal de la syphilis. Il faudrait donc d'autres observations pour admettre le bien-fondé de ce diagnostic. » En somme, en présence d'une affection rare et peu décrite, les auteurs se défient d'eux-mêmes, et ne prononcent que par exclusion le nom de « *phlébite syphilitique* ».

« C'est aussi par exclusion, écrit Mendel, et après examen des différents cas que nous affirmons l'existence de la phlébite secondaire. Il faut une cause à cette affection, et dans tous nos faits, la seule étiologie possible n'est-elle pas la syphilis, infection universelle de l'organisme ? »

Dans le travail de J.-K. Proksch, en 1898, nous trouvons une étude d'ensemble très complète sur les phlébites viscérales et périphériques dues à la syphilis. Sur 107 cas de lésions syphilitiques intra et extraparenchymateuses des veines, l'auteur rapporte 26 cas concernant les veines des membres inférieurs, et 23 cas de phlébite syphilitique tertiaire de la veine porte.

Depuis le mémoire de Proksch, Lang, Mendel, Richard d'Aulnay, Fournier et Lœper publient des cas isolés de phlébite syphilitique secondaire.

En 1898, Fournier (1) écrit un article très documenté sur la question.

La même année, Heuzard, dans sa thèse, en rapporte un nouveau cas, et conserve la division en phlébites secondaires et phlébites tertiaires. L'année suivante, trois observations de phlébite sont publiées, l'une par Bondésio dans sa thèse, et les deux autres par Le Noir.

En 1900, à l'occasion du Jubilé du professeur Neumann, à Vienne, M. le Dr Thibierge donne une description précise de la phlébite secondaire à propos de deux cas qu'il a observés presque simultanément. Il donne le compte-rendu de l'examen histologique fait dans le second cas et compte à cette époque, y compris ses deux observations personnelles, 26 cas dans la littérature.

Depuis, Jacquinet, Finger, Haslund (1900), Collinot (2), Ullmann (1901), Oettinger, Max Marcuse, Audry et Constantin, Guyet, Brunsgaard, Campbell (1902), Renault et Roussy, Gaucher et Chiray, Blumenfeld, Neisser, Erich Hoffmann (1903), publient des cas isolés de phlébite secondaire.

Roussy (3), en 1903, donne un mémoire documenté sur la question.

Hoffmann communique l'examen histologique d'un fragment de veine phlébitique, et en 1905 écrit un mémoire. Il a pu réunir 33 observations, et distingue trois formes dans la phlébite syphilitique secondaire : *a)* la phlébite en forme de cordon; *b)* la syphilis noueuse ; *c)* l'érythème noueux syphilitique, observé surtout chez les femmes.

La même année, nous trouvons les cas de Gaucher et Touchard, de Bernhard Marcuse, de Karl Marcus (de Stockholm), de Sandmann, de Jullien qui donne un mémoire sur la phlébite

(1) Fournier, *Traité de la Syphilis.* Tome I, page 705.

(2) Collinot, *Phlébite syphilitique, Thèse de Paris,* 1901.

(3) Roussy, *La phlébite syphilitique secondaire, Gazette des Hôpitaux,* 1903, p. 1.013.

syphilitique, à propos de deux cas qu'il a observés, et y distingue 5 variétés :

a) la phlébite scléreuse ; *b*) la phlébite infectieuse de la période secondaire; *c*) la thrombo-phlébite nodulaire (syphilis noueuse); *d*) la phlébite gommeuse ; *e*) la phlébite marastique, dans la cachexie syphilitique. Il a pu réunir 37 observations de phlébite syphilitique secondaire, dont 8 cas seulement chez des femmes.

Dans ces cinq dernières années, de nouveaux cas ont été rapportés par Dieulafoy, Audry, Alexandre (1906), Arndt, Scherber (1907), Tourneux et Lévy, Panella (1908), Achard et Demanche, Dieulafoy, Etienne et Lucien, Mac Donach (1909), Fidon, Strandberg, Thibierge et Ravaut, Balzer et Madame Vaudet-Neveux (1910).

Depuis 1860 jusqu'à ce jour nous avons pu réunir **86** observations de phlébite syphilitique précoce des veines superficielles des membres, dont **26** chez des femmes. Nous y ajoutons 6 cas personnels, soit un total de **92** observations.

Nous ferons remarquer que de 1860 à 1900, M. le Dr Thibierge n'avait pu compter que 26 cas de phlébite syphilitique secondaire, tandis qu'en ces dix dernières années près des trois quarts des observations connues ont été publiées.

De tous ces travaux sur la phlébite syphilitique, on peut faire deux classes; les uns ne font qu'énumérer des faits plus ou moins détaillés, et réunir des observations éparses; les autres sont des essais d'anatomie pathologique très intéressants, mais relativement peu nombreux. A propos des observations nouvelles qu'ils rapportaient, Mendel, Thibierge et Monthus, Blaschko, E. Hoffmann, Marcus, Scherber, Fournier, Roques, Strandberg, Thibierge et Ravaut ont donné une étude anatomo-pathologique très documentée sur la phlébite syphilitique précoce.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Plusieurs recherches anatomo-pathologiques ont déjà été tentées à propos de la phlébite syphilitique précoce. La plupart des examens sont dus à des biopsies, car l'on ne connaît pas, dans la littérature, de cas de mort au cours de cette affection. Les lésions des veines qu'on a pu trouver à l'autopsie n'ont aucune valeur en raison des altérations cadavériques.

Ce fut Mendel qui le premier, en 1894, eut l'idée de réséquer un fragment de veine, et d'en donner l'examen microscopique, qui fut fait par M. le Docteur Lion.

Examen histologique de Mendel.

« La lumière du vaisseau est complètement oblitérée par un caillot organisé presque en totalité. Sur les parties latérales, ce caillot, rétracté par l'alcool, s'est séparé de la paroi interne de la veine ; il ne reste en contact avec cette dernière que sur deux points diamétralement opposés. Sur l'un d'eux, il se continue avec la paroi veineuse par un véritable pédicule très étroit, pédicule qui, sur certaines préparations, est double. Sur l'autre point, il est difficile de dire s'il y a plus que contact, et s'il existe une adhérence réelle entre le caillot et la veine. En ce point, une partie qui constitue environ un cinquième de l'étendue totale du

caillot est constituée par une sorte de tissu aréolaire, dont les mailles, les unes très petites, les autres assez grandes mais moins nombreuses, sont limitées par des travées cellulaires, minces, contenant peu de noyaux et dont les lumières sont remplies de sang vivant. Une mince bande fibrillaire limite, tout à fait à la périphérie du caillot, les espaces remplis de sang, et c'est elle qui entre en contact avec l'endothélium vasculaire. Cet endothélium, du reste, semble ici très sain, ce qui fait repousser l'idée d'une adhérence véritable.

« Le pédicule est comme formé par le prolongement des cellules plates de la tunique interne qui se dévient obliquement vers la lumière de la veine, en un tissu dense.

« La plus grande partie du caillot organisé est constituée par des cellules plates à noyaux allongés, orientés un peu dans tous les sens. Au milieu de ce tissu, on trouve par endroits des amas de petits blocs jaunâtres, qui sont, à n'en pas douter, formés par la matière colorante du sang en voie de régression. Par place, mais plus particulièrement dans le voisinage du pédicule, on voit des fentes étroites et anastomosées, bordées de cellules plates, et en d'autres points des lumières bordées de cellules plates en couches concentriques, qui sont, comme le démontrent les globules rouges, placés dans certains d'entre eux, des vaisseaux déjà organisés.

« Les *tuniques veineuses* sont dans un état qui varie avec les points qu'on observe : la tunique *externe* présente une congestion très intense au niveau du point d'insertion des pédicules. Partout ailleurs elle paraît normale.

« La tunique *moyenne* n'offre pas d'altération appréciable. Les fibres musculaires sont très nettes, et ce n'est qu'au point d'insertion du pédicule qu'elles sont un peu plus épaisses, sans qu'on puisse attribuer cet épaississement à autre chose qu'à un peu d'oedème.

« La tunique *interne* paraît absolument saine dans près de la moitié de la lumière de la veine, et surtout au niveau des points diamétralement opposés au pédicule. Dans le reste de son étendue, elle présente un épaississement avec des altéra-

tions cellulaires du reste peu considérables. Le passage de la région saine à la région malade se fait d'un autre côté par une sorte de rehaussement de la paroi, de l'autre il s'est produit une sorte d'encoche de la hauteur de la tunique interne.

« Les cellules qui constituent la tunique sont, dans ces points arrondis, d'une forme irrégulière : elles ont perdu dans ces points leur aspect plat et leur disposition parallèle. Elles ont de plus augmenté de nombre, ce qui donne à la tunique une épaisseur quadruple et même quintuple de l'épaisseur normale. A la surface, les cellules endothéliales sont gonflées avec un ou deux prolongements, dont certains sont dirigés vers la périphérie, les autres transversalement.

« Au niveau du pédicule, ce sont les cellules plates de la tunique interne qui font tous les frais de la néoformation, sans que le processus irritatif pénètre ici, pas plus qu'ailleurs, dans la tunique moyenne. »

Et Mendel ajoute : « De cet examen histologique, il semble résulter que le fragment veineux réséqué n'était pas le siège de la lésion syphilitique proprement dite. La description que nous avons faite se rapporte en effet à des lésions banales, comme il s'en produit dans une veine obstruée par un caillot. Ceci n'a pas lieu de nous étonner puisque l'on sait que les lésions vasculaires syphilitiques sont des lésions vasculaires disséminées au hasard ; nous n'avons pas eu la bonne fortune de tomber sur un des segments atteints de la lésion spécifique. »

Dans un second cas, MM. G. Thibierge et Monthus, en 1898, ont prélevé un fragment de veine phlébitique au niveau de la cuisse droite. L'examen microscopique donna les résultats suivants.

Examen histologique de MM. Thibierge et Monthus (1).

« La cavité vasculaire est complètement oblitérée par un caillot. Ce caillot, compact au centre, est, sur toute sa périphérie, pénétré et dissocié par des travées cellulaires. Ces tra-

(1) Thibierge, *Jubilé du prof. Neumann, Vienne*, 1900.

vées cellulaires proviennent de la végétation de la tunique interne et se continuent directement avec elle. L'endoveine, ainsi *bourgeonnant* dans la cavité vasculaire et pénétrant le caillot par ses éléments proliférés, est très épaissie à la fois par ses éléments propres et l'augmentation de la substance amorphe intercellulaire.

« Des leucocytes en diapédèse se voient aussi dans son tissu, mais répandus d'une manière diffuse et sans former, en aucun point, de foyer ou d'accumulation nodulaire.

« Les couches musculaires sont aussi notablement épaissies. La couche celluleuse paraît tout à fait saine.

« Ces lésions se présentent en somme avec l'apparence habituelle des inflammations veineuses consécutives à la thrombose. On peut toutefois, en raison de l'abondance de la substance amorphe intercellulaire dans la tunique interne et dans la couche musculaire, penser qu'il y avait antérieurement un certain degré de sclérose vasculaire chronique, mais ne présentant aucune particularité qui permette de lui attribuer une origine spécifique. »

Ces deux examens histologiques ne caractérisent pas particulièrement la phlébite syphilitique, et ne donnent pas le moyen de la différencier d'une phlébite banale par thrombose.

Depuis Erich Hoffmann, Blaschko, Neisser (1903) ; Karl Marcus, Sandmann (1905) ; Roques (1907) ; Etienne et Lucien (1909) ; Thibierge et Ravaut, Strandberg (1910) ont rapporté plusieurs observations de phlébite précoce avec examen histopathologique à l'appui.

Proksch, Hoffmann et Neisser insistent sur les lésions des *vasa-vasorum*, qui, pour eux, seraient le point de départ de l'affection. Karl Marcus (1), dans ses coupes (Obs. 59), trouve aussi une altération profonde des capillaires et des lymphatiques périveineux, ainsi qu'une quantité de cellules géantes traduisant le processus inflammatoire. L'origine des lésions, dit-il,

(1) Marcus (Stockholm), *Ein Fall von Venen syphilis in Sekundârstadium.* Arch. f. Derm. oct. 1905, p. 43, avec 3 planches en couleur.

est dans la tunique interne, et éventuellement dans la couche longitudinale de la tunique moyenne.

Les préparations d'E. Hoffmann montrent une grosse veine sous-cutanée, gonflée de sang, dans le calibre de laquelle on voit des corpuscules sanguins rouges, qui forment un réseau mince de cellules, signe d'un commencement d'organisation de la thrombose. Sur les parois des veines, on trouve un épaississement notable et une infiltration seulement aux endroits où l'on voit les petits caillots, *l'endothélium a proliféré*. Autour de la veine, on remarque une infiltration cellulaire épaisse qui était déjà visible à l'œil nu, et qui s'étend profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Dans un second cas, Erich Hoffmann (Obs. 54) examina un fragment de la veine saphène interne prélevé quatre semaines après le début de la phlébite. Celle-ci intéressait surtout les tuniques interne et moyenne, à des endroits différents, et avec une intensité très variable. *Les vasa-vasorum participaient fortement au processus inflammatoire.* Dans les foyers, où les lésions étaient plus récentes, on voyait surtout les altérations des tuniques veineuses décrites dans la thrombose. Celle-ci prend naissance au niveau des points de la tunique interne les plus altérés par le processus phlébitique.

Sandmann (1), en 1905, chez un homme de vingt-six ans, ayant une syphilis maligne compliquée d'iritis et de phlébite des saphènes internes et de la céphalique du bras gauche, préleva un fragment de veine.

L'examen histologique montra les lésions banales d'une thrombose toute récente, sans aucune ébauche d'organisation du caillot intravasculaire. Les lésions avaient pour point de départ l'endothélium de la veine.

Cet examen n'ajoute rien aux examens si détaillés de Mendel et de Thibierge.

Nous donnerons ensuite, à titre documentaire, les deux exa-

(1) Sandmann, *Ein Fall von Lues maligna.* Dermat. gesell. in Stockholm, 14 sept. 1905, in *Monatschefte für Dermat*, 1906, tome I, p. 160.

mens microscopiques, avec planches à l'appui, que Roques (1) publie dans sa thèse, et qui ont trait à des lésions syphilitiques tertiaires des veines profondes de la jambe. Il s'agit d'un cas de cyanose douloureuse intermittente du gros orteil d'origine syphilitique, chez un homme de 54 ans, ayant contracté un chancre pendant son service militaire (2). L'affection évolua vers la gangrène et nécessita l'amputation de la cuisse au tiers moyen. L'artère fémorale était oblitérée par un thrombus, ainsi que toutes les artères de la jambe. Les paquets vasculo-nerveux étaient convertis en une sorte de tractus compact et dur, où les vaisseaux n'étaient pas isolables.

Les coupes faites dans ce tractus vasculaire montrèrent au microscope que la veine poplitée et les veines tibiales avaient subi comme les artères le processus inflammatoire.

Premier examen microscopique (Roques). — Sur la première figure, on voit une coupe transversale de la veine poplitée, colorée par la fuschine de Weigert.

« La veine apparaît avec une lumière irrégulière, figurant assez bien une *étoile* à quatre branches. La lumière est totalement oblitérée par un caillot cruorique en voie d'organisation. Les *parois* de la veine sont dans leur ensemble notablement épaissies, et cela d'une façon très irrégulière, l'épaississement n'étant pas concentrique, mais plutôt localisé à certaines parties de la circonférence du vaisseau. A un examen plus approfondi, nous trouvons les particularités suivantes :

« Le *caillot* obturateur est constitué par une masse de sang amorphe dans laquelle il est impossible de reconnaître la structure normale des globules rouges. Cette masse, de couleur brun-jaunâtre, présente, en certains points, des parties d'un brun plus sombre et légèrement granuleuses. Elle est parsemée d'un certain nombre de petites cellules rondes à protoplasma

(1) Roques, *Phlébites syphilitiques des gros troncs veineux, Thèse de Toulouse*, 1907.

(2) Observation de M. Audry et Boyreau, *in Thèse Roques.*

peu abondant, parmi lesquelles on peut encore distinguer quelques rares leucocytes à noyaux polymorphes. On y trouve encore quelques filaments de fibrine. Cette masse paraît adhérer d'une façon intime à la presque totalité de la surface interne du vaisseau. Si, sur la figure, elle paraît s'en séparer en certains points, il faut attribuer cette apparence à la contraction due aux réactifs fixateurs.

« Du côté de l'*endoveine*, on trouve qu'il n'existe plus de revêtement endothélial reconnaissable. Sur la majeure partie de la circonférence interne du vaisseau (les trois-quarts environ), la tunique interne n'existe plus avec ses caractères anatomiques propres; elle est remplacée par un tissu d'épaisseur à peu près égale dans tous les points. Ce tissu contient de petites cellules, les unes arrondies, les autres allongées ou fusiformes, et séparées entre elles par l'interposition d'une substance intercellulaire d'apparence fibrillaire, présentant sensiblement les réactions du tissu conjonctif. En un point, la tunique interne de la veine forme un épaississement considérable faisant saillie dans la lumière du vaisseau. Dans cet épaississement, on trouve des cellules rondes, des cellules fusiformes et des éléments étoilés présentant un nombre variable de prolongements. Ces cellules sont séparées par une substance intercellulaire abondante et fibrillaire.

« La tunique interne est nettement séparée des autres tuniques de la veine par une couche élastique continue et richement ondulée. Cette membrane présente en quelques points, très rares, de minimes solutions de continuité. Nous devons signaler une légère tendance au clivage au voisinage de la saillie de l'endoveine dont nous avons déjà parlé. En dehors de cette membrane élastique, les autres tuniques paraissent confondues et présentent un aspect sensiblement analogue entre elles. Ces tuniques sont constituées par un tissu conjonctif, dense, très abondant, englobant un grand nombre de cellules de formes très variables: les unes rondes, d'autres allongées et plus ou moins fusiformes, d'autres enfin présentant plusieurs prolongements. En plusieurs points de la limite externe de la veine, les éléments élastiques pré-

sentent une raréfaction notable. Un certain nombre, sous l'influence de la fuschine et résorcine de Weigert, a pris une coloration rouge carminé, au lieu de la coloration violet-noir de l'élastine normale.

« L'ensemble des tuniques *moyenne* et *externe* présente des variations d'épaisseur très marquées, suivant les points considérés. Dans l'adventice, tous les *vasa-vasorum* apparaissent avec des parois généralement épaissies. En aucun point, on ne peut déceler de *cellules géantes*. »

Deuxième examen microscopique (Roques) (1). « La coupe intéresse la tibiale postérieure à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de la jambe. Les coupes ont porté sur la totalité du paquet vasculaire. L'artère est, au centre, complètement oblitérée par un caillot en partie organisé, et flanquée de ses deux veines.

« Les colorations sont peu nettes, car les vaisseaux ont macéré pendant plusieurs jours au sein du tissu sphacélé.

« Au milieu des veines, on note que la *lumière* est très irrégulière. De la face interne de l'*intima* se détache une série d'élevures de forme et de dimensions variables, contribuant à donner à la cavité de la veine son aspect irrégulier. La structure de ces élevures est partout à peu près la même. Une d'entre elles est d'un volume plus considérable ; c'est elle que nous décrirons.

« Elle est constituée par un infiltrat nodulaire de cellules de petite taille et de formes variables. Il est très difficile de colorer les noyaux de ces cellules. Un certain nombre sont arrondies, la majorité, allongées et nettement fusiformes; quelques-unes enfin présentent une forme plus ou moins triangulaire. Ces différents éléments sont plongés au sein d'une substance intercellulaire d'aspect fibrillaire.

« En deux points diamétralement opposés de la paroi interne, il existe deux caillots sanguins en partie organisés. Ces caillots sont constitués par une masse de couleur jaunâtre dans laquelle

(1) Roques, *Loco citato*.

on ne peut plus reconnaître de globules rouges. Ils sont parsemés d'un nombre considérable de petites cellules arrondies pour la plupart. Par leur extrémité axiale, ces deux caillots sont en rapport avec la partie la plus interne de l'endoveine qu'ils refoulent vers la cavité du vaisseau, et que l'on trouve détachée en quelques points.

« Par leur extrémité périphérique, ces caillots sont en connexion intime avec la partie profonde de l'endoveine ou avec les saillies mamelonnées que nous avons signalées. Le tissu élastique de l'endoveine paraît sensiblement raréfié et ne présente pas ses réactions colorantes normales ; toutefois, il ne dénote pas de modifications essentielles.

« La tunique *moyenne* est plus ou moins confondue avec la tunique externe. On peut cependant se rendre compte que la musculature persiste dans son intégrité, mais il paraît exister une prolification, une surabondance du tissu conjonctif entre les éléments musculaires lisses de cette tunique. Quant à ses éléments élastiques, ils ne paraissent pas présenter de modifications appréciables. Ils forment, en effet, une couronne continue constituée par des fibres assez grosses et largement ondulées.

« La tunique *externe* se confond en partie avec le tissu conjonctif dense et serré de la gaine vasculaire. Elle est constituée par un tissu conjonctif assez dense, infiltré de nombreuses petites cellules rondes et parsemé d'éléments élastiques, grêles, et plus ou moins fragmentés.

« Dans l'adventice, les *vasa-vasorum*, surtout au niveau des points où la tunique moyenne et la tunique interne montrent des variations plus intenses, présentent des réactions inflammatoires considérables. Certains sont béants, en général leurs parois sont épaissies et leur endothélium paraît fortement proliféré. Ils sont entourés d'un infiltrat périvasculaire, assez direct en certains points, déposé sous forme de manchon. Cet infiltrat est surtout formé de petites cellules rondes qui ont les caractères de lymphocytes ou de plasmazellen.

« Dans aucun cas, nous n'avons pu déceler dans la paroi des veines de cellules géantes, bien que celles-ci aient été signalées

par certains auteurs, et en particulier par Marcus et E. Hoffmann, dans des coupes de veines thrombosées. Nous en avons seulement trouvé dans les artères, dans la tunique moyenne, autour des foyers d'athérome. »

On voit que les altérations veineuses rapportées par Roques, dans ces deux examens microscopiques, sont analogues à celles que l'on rencontre dans la phlébite syphilitique secondaire des veines superficielles des membres; et pourtant cette phlébite intéressait les veines profondes de la jambe et était survenue 33 ans après le chancre. Elle doit, par conséquent, être classée dans les phlébites de la période tertiaire.

En 1909, Etienne et Lucien, de Nancy (obs. 73), dans un cas d'artérite et de phlébite syphilitiques oblitérantes avec gangrène massive du membre inférieur, firent l'examen des vaisseaux poplités prélevés sur le membre après l'amputation. Ils trouvèrent en plus des lésions d'artérite oblitérante, des altérations très nettes du côté de la veine poplitée, limitées toutefois à une portion relativement faible du vaisseau.

Examen histologique de MM. Etienne et Lucien.

« L'artère poplitée est très épaissie, elle est entièrement oblitérée par une masse fibroïde très résistante, ainsi que le tronc tibio-péronier.

« L'examen microscopique dénote l'existence de lésions portant à la fois sur les troncs artériels et veineux, mais surtout marquées sur les premiers. Oblitération de la lumière de l'artère par un thrombus déjà organisé. Épaississement notable de l'endartère.

« Il existe aussi des lésions très nettes du côté de la veine poplitée ; elles sont toutefois limitées à une portion relativement faible du vaisseau. Toutes les tuniques de la veine ont participé au processus inflammatoire. L'endoveine présente des épaississements irréguliers de structure fibreuse, la lumière du vaisseau est réduite ainsi à une sorte de *fente étoilée*. La couche moyenne est également très épaissie, les faisceaux musculaires en sont dissociés par de larges travées fibreuses qui viennent

s'insinuer entre eux. L'adventice est composée d'un tissu fibreux très dense, pauvre en éléments cellulaires.

« En aucun point de la paroi nous n'avons trouvé de ces petits amas leucocytiques, sortes de gommes miliaires, qu'on a considérées comme caractéristiques de la syphilis des veines.

« Dans notre cas, la veine poplitée présentait des lésions assez comparables à celles rencontrées au niveau de l'artère.

« Nous n'avons trouvé ni dans les artères, ni dans les veines, les lésions des vasa-vasorum signalées par Proksch. Nous devons dire que l'artère et la veine poplitées n'étaient pas seules atteintes, et nombre de petits vaisseaux cheminant dans le voisinage de ces gros troncs veineux présentaient aussi des lésions manifestes de leurs parois. »

Toutes ces recherches anatomo-pathologiques sont d'un grand intérêt, mais ne donnent pas la démonstration de la nature spécifique de cette phlébite.

La découverte du *Spirochaeté* dans l'épaisseur des tuniques veineuses pouvait seule donner à l'affection sa caractéristique anatomique. On s'explique pourquoi, avant la découverte de Schaudinn, on avait émis plusieurs *hypothèses pathogéniques* sur la voie suivie par l'agent infectieux dans ce processus phlébitique. Pour les uns, c'était le sang veineux lui-même qui charriait le virus; pour les autres (Proksch), il pénétrait dans les parois veineuses par les *vasa-vasorum* ; pour d'autres, la phlébite syphilitique était primitivement une périphlébite, le microorganisme parcourant tout d'abord les gaînes lymphatiques péri-vasculaires avant d'atteindre les parois veineuses proprement dites.

Depuis 1905, on sait, comme l'a démontré Hoffmann, que le *spirochaete* existe dans le sang circulant, même avant l'apparition du chancre. Raubitscheck, Naeggerath et Stroehelin, Nattan-Larrier et Bergeron (1), Ravaut et Ponselle (2) ont

(1) Nattan-Larrier et Bergeron, *Du spirochaete pallida dans le sang des syphilitiques. Presse médicale*, 10 janvier 1906.

(2) Ravaut et Ponselle, *Recherche sur la présence du spirochaete dans le sang des syphilitiques, Gaz. des Hôpitaux*, 1906, p. 1023.

ensuite montré sa présence dans le sang des syphilitiques par l'examen direct, soit dans le sang hémolysé (Nattan-Larrier et Bergeron), soit dans le caillot, après nitratation (Ravaut et Ponselle).

La syphilis étant une septicémie, il est rationnel de penser que le spirochaete mis directement au contact de l'endoveine par l'intermédiaire du sang, n'a nullement besoin des gaînes lymphatiques périvasculaires et des vasa-vasorum pour arriver aux tuniques veineuses, et y produire des lésions.

On peut invoquer à l'appui de cette hypothèse que dans presque tous les examens histologiques (Mendel, Thibierge, Hoffmann, Roques, Thibierge et Ravaut), les lésions de phlébite ont commencé par l'endothélium veineux, pour se propager ensuite, rarement, à la tunique moyenne et à la tunique externe.

A notre connaissance, ce furent MM. Ravaut et Ponselle (1), qui, les premiers, découvrirent le spirochaete pallida, dans l'épaisseur des tuniques veineuses. Le 12 janvier 1906, à la Société Médicale des Hôpitaux, ils publièrent l'observation d'un nouveau-né mort de méningite syphilitique à l'hopital Broca, dans le service de M. le Dr Thibierge. Ils trouvèrent à l'autopsie une rate volumineuse, un foie très gros, ayant tous les caractères du foie silex. Sur la base du cerveau, au niveau du chiasma optique, de la selle turcique et du sinus caverneux, les vaisseaux et les nerfs étaient noyés dans un exsudat grisâtre séro-fibrineux : « donnant l'aspect d'une toile d'araignée tendue sur cette région. »

Dans le foie et la rate, ils trouvèrent de nombreux spirochaetes tout à fait caractéristiques. Ils n'en observèrent pas dans le tissu cérébro-méduilaire, mais ils purent en voir en quantité dans la cavité des vaisseaux veineux du cerveau, dans l'épaisseur de leurs tuniques, et dans l'exsudat inflammatoire périvasculaire.

(1) Ravaut et Ponselle, *Contrib. à l'étude clinique et bactériologique des lésions encéphalo-méningées chez les nouveau-nés syphilitiques. Soc. Méd. des Hôpitaux*, 12 janvier 1906.

Voici d'ailleurs un extrait de leur communication : « Malgré le long temps écoulé (environ deux ans), tous les organes prélevés à l'autopsie (foie, rate, reins, testicules, cerveau) étaient parfaitement conservés par le formol. Malheureusement, la région du chiasma, que nous avions mise à part, lors de l'autopsie, avait été égarée, et nous n'avons pu étudier la lésion exsudative qu'au niveau des sinus caverneux. De nombreux fragments de cerveau, de moelle, de foie, de rate, etc..., ont été traités par le nitrate d'argent et l'acide pyrogallique, suivant la technique de Ramon y Cajal, modifiée et appliquée par M. Levaditi, à la coloration des spirochaetes dans les coupes. Une première série de coupes ont été faites au niveau du sinus caverneux, dans la région où microscopiquement on constatait les traînées grisâtres formées par l'exsudat séro-fibrineux. Ces coupes intéressent la dure-mère, du tissu conjonctif, des vaisseaux, des nerfs et du tissu inflammatoire, formé par un réticulum fibrineux infiltré de cellules uninucléées. Dans l'épaisseur de la dure-mère, dans le tissu conjonctif et dans les nerfs, on ne trouve en aucun point traces de spirochaetes alors qu'ils existent en très grand nombre dans les vaisseaux, dans leur paroi et dans le tissu inflammatoire voisin.

« Dans l'intérieur de nombreux vaisseaux veineux, on constate qu'il s'est formé un véritable caillot constitué par des amas plus ou moins denses de leucocytes uninucléés et de globules rouges très altérés ; dans ce tissu intra-vasculaire se voient de nombreux spirochaetes associés à des cocci variés. Nous ne saurions dire, en ce qui concerne ces derniers, s'il s'agit de microbes ayant eu un rôle pathogène, ou s'il les faut considérer comme des germes développés sur le cadavre. Quoi qu'il en soit, et c'est là un point principal, ces cocci ne se voient que dans l'intérieur du vaisseau, car dans la paroi du vaisseau et dans l'exsudat périvasculaire, les spirochaetes sont à l'état de pureté absolue. Dans ce tissu de néoformation, les spirochaetes sont très nombreux et en plein développement : ils sont en effet très longs, très bien enroulés, présentant jusqu'à vingt tours de spire. Nous n'avons pas constaté dans ce tissu de figure de macrophagie; les spiro-

chaetes semblent libres au milieu de cet exsudat fibrino-cellulaire. La paroi vasculaire, dans ce cas, a donc agi comme un véritable filtre, en maintenant dans l'intérieur du vaisseau enflammé les germes d'infection secondaire, et en ne se laissant traverser que par les spirochaetes qui, à eux seuls, sont venus former à son pourtour ces néoformations. Cette constatation est, selon nous, un argument de premier ordre pour montrer le rôle pathogène du spirochaete dans la production de ces lésions.

« Sur des coupes pratiquées au niveau du cortex cérébral, en des points où se voit de l'épaississement de la pie-mère et de la congestion vasculaire, on retrouve à peu près la même disposition : mêmes lésions inflammatoires intra-veineuses, avec présence de spirochaetes et de cocci ; à la périphérie, l'exsudat fibrino-cellulaire est moins bien développé, et on ne retrouve épars, au milieu des éléments uninucléés, que de rares spirochaetes. Ils sont moins bien développés qu'au niveau de l'exsudat, situé à la base du cerveau; beaucoup d'entre eux sont grêles, granuleux et même fragmentés. De plus, dans la région superficielle du cortex en pleine substance cérébrale, sous la pie-mère, on retrouve les traces des épanchements sanguins que nous avons précédemment signalés, sur la nature et la cause desquels nous ne sommes pas encore fixés.

« Des coupes ont été également pratiquées sur des régions ne paraissant pas atteintes d'inflammation méningée : c'est ainsi qu'au niveau de la protubérance, en différentes régions de la moelle, nous avons pu constater qu'avec l'intégrité des vaisseaux et de la méninge, coïncidait l'absence de spirochaetes.

En étudiant les *plexus choroïdes*, nous n'avons trouvé de spirochaetes que dans l'intérieur des vaisseaux ; en aucun point, nous n'en avons trouvé en liberté au voisinage des cellules épithéliales, qui forment la surface de cet organe.

« Nous avions pratiqué le *cyto-diagnostic* du liquide céphalo-rachidien pendant la vie de l'enfant, et nous avions constaté une grosse mononucléose. Un certain nombre de faits résultent clairement de cette étude. Pratiquement, il faut savoir qu'il est possible sur des pièces vieilles d'au moins deux ans, conservées

dans le formol, de colorer les spirochaetes aussi nettement que s'ils étaient frais. Le spirochaete peut donc créer à lui seul des lésions méningées décelables, au point de vue clinique, par les signes ordinaires de ces affections et par la ponction lombaire. Tandis que les microbes d'infection secondaire demeurent enfermés dans l'intérieur des vaisseaux, lui seul franchit la barrière que lui oppose la paroi vasculaire, pour venir créer des lésions exsudatives périvasculaires.

« Ces lésions constituent donc bien une véritable méningite syphilitique. »

Voilà des faits nouveaux, capables d'expliquer bien des lésions syphilitiques cérébro-médullaires, et qui permettent de croire que les veines aussi bien que les artères entrent en jeu dans les processus nerveux de la syphilis. C'était d'ailleurs l'opinion du professeur Pierre Marie, dans sa discussion d'une observation de phlébite syphilitique survenue chez un spécifique atteint d'hémiplégie (obs. 48) (1). Le 27 janvier 1906, quinze jours après la communication de MM. Ravaut et Ponselle, MM. Nattan-Larrier et Brindeau (2) présentaient à la Société de Biologie un intéressant travail sur la recherche du spirochaete dans le placenta syphilitique. Après avoir examiné systématiquement les lésions vasculaires de dix-huit placentas syphilitiques, ils trouvèrent des lésions multiples telles que : endophlébites et endartérites oblitérantes; endophlébites et endartérites végétantes, infiltration diffuse de l'artère. Dans cinq placentas, ces auteurs ont pu trouver des spirochaetes très nets et très colorables, dans l'épaisseur des couches vasculaires veineuse et artérielles, qui correspondent à la couche moyenne des vaisseaux.

Enfin, Benda (3), dans un cas d'artérite cérébrale syphilitique, trouva, en plus des altérations microscopiques les plus caractéristiques d'endartérite proliférante, un foyer de spiro-

(1) Campbell, *Soc. Méd. Des Hôpitaux*, 21 nov. 1902, p. 1005, *Discussion :* M. P. Marie.

(2) Nattan-Larrier et Brindeau, *Présence du spirochaete pallida dans le placenta syphilitique. Société de Biologie*, 27 janvier 1906.

(3) Benda, *Recherche du spirochaete dans un cas d'artérite cérébrale, Berlin Medizinische Gesellsch*, 4 juillet 1906 ; *in Berlin. Klin. Wochensch.* 1906, n° 29, p. 989.

chaetes amassés dans la couche externe de la tunique artérielle moyenne. Ces spirochaetes étaient très nombreux, différaient morphologiquement du spirochaete classique ondulé de Schaudinn et Hoffmann, et ressemblaient plutôt à des formes décrites par Bosc et Doutrelepont (1) dans les produits syphilitiques tertiaires.

Le processus infectieux devait être le même pour tous les vaisseaux, pour les veines placentaires, comme pour les veines superficielles des membres. C'est ce que nos maîtres, MM. G. Thibierge et P. Ravaut (2) montrèrent en avril 1910, à propos d'un cas de phlébites syphilitiques secondaires multiples des membres. Ils décelèrent la présence du Spirochaete dans l'épaisseur de la paroi veineuse par l'examen microscopique et par l'inoculation expérimentale au singe (Observation 7).

Nous donnerons *in extenso* le résultat de leur examen bactériologique et histologique.

Examen miscroscopique de MM. Thibierge et Ravaut

(Observation 7.)

« Le 8 mars, nous pratiquons l'extirpation d'un fragment de cinq centimètres le long de la veine saphène interne droite, entre deux ligatures.

« La veine excisée forme un cordon souple, donnant la sensation d'une tige de caoutchouc plein de trois millimètres de diamètre environ. A la coupe, elle est presque complètement oblitérée, et on trouve avec peine au centre un vestige de sa cavité.

« La veine est sectionnée aseptiquement suivant sa longueur, ce qui permet de constater qu'elle ne contient ni caillot, ni sang liquide, mais seulement une certaine quantié de sérosité qui sort sous la pression du vaccinostyle.

(1) Bosc et Doutrelepont, *Presse Médicale*, 5 sept. 1906.

(2) Georges Thibierge et Paul Ravaut, *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux*, 14 avril 1910, p. 342.

Recherche du spirochaete. — Des frottis sur lames de la paroi interne de la veine sont examinés à l'ultra-microscope ; on constate au milieu de débris cellulaires, sur différents champs, cinq spirochaetes ayant tous les caractères du *spirochaete pallida* dont deux seulement sont animés de mouvements propres. On n'y rencontre aucun microbe, ni aucune autre forme de spirilles ou de filaments spiralés.

Trois autres frottis recueillis de la même façon sont colorés à la largine et ne permettent de constater que deux spirochaetes très nets.

Inoculation au singe. — Aussitôt après l'excision de la veine (8 *mars*), on inocule un macaque rhesus en deux points différents préalablement scarifiés, au niveau de la région orbitaire droite et au bord libre de la paupière supérieure droite, avec de la sérosité provenant de la cavité centrale de la veine et par friction directe de petits fragments de la veine.

Le 1er *avril* (24e jour après l'inoculation), apparaît au niveau de la région orbitaire une macule rouge jambonnée, de 5 millimètres sur 3 environ. Cette macule est légèrement surélevée, du fait de l'infiltration du tégument. Rien n'est visible au niveau de la paupière.

Le 2 *avril* (25e jour après l'inoculation), la lésion du rebord orbitaire devient plus nette.

Au niveau du bord libre de la paupière, au point où ont été faites les scarifications, apparaît un œdème rouge foncé.

Les 3, 4 et 5 *avril* les lésions s'accentuent.

Le 6 *avril*, la lésion du rebord orbitaire diminue d'intensité et est le siège d'une légère desquamation. La lésion du bord libre de la paupière est également moins nette.

Le 8 *avril*, les lésions se sont encore légèrement atténuées ; elles sont cependant encore très nettes, surtout celle du bord libre de la paupière, cette région permettant la comparaison avec le côté opposé resté indemne.

Ces lésions expérimentales sont absolument superposables, et par leur incubation et par leurs caractères objectifs, à la

description que nous avons donnée en 1905 de la syphilis expérimentale de la paupière des singes macaques (1).

Examen histologique. — L'examen a porté sur plusieurs fragments de la veine; sur certains la lumière était simplement rétrécie, sur d'autres, on voyait en plus un volumineux caillot intravasculaire.

Caillot. — Sur une série de coupes colorées au nitrate d'argent on observe une grosse masse oblitérant presque complètement la lumière du vaisseau. C'est un caillot, qui par endroits paraît nettement séparé de l'endothélium par de petits espaces clairs, et qui, sur la plus grande partie de sa base d'insertion, paraît solidement fixé à la tunique interne. Il est volumineux, ayant presque la hauteur de l'ensemble des tuniques de la veine, traversant à peu près complètement la lumière vasculaire, si bien que son sommet arrive presque au contact d'un point de l'endothélium diamétralement opposé à sa base d'insertion. Son contour est assez régulier. On observe à l'intérieur du caillot des stratifications très denses, dans lesquelles on ne peut reconnaître trace d'organisation. En somme ce caillot donne l'impression d'un caillot déjà ancien.

Les lésions des tuniques qui vont être décrites ont été observées sur des coupes où la lumière de la veine ne contenait pas de caillot.

Endothélium. — La couche endothéliale est normale, sans aucune altération.

Couche sous-endothéliale. — Elle a proliféré dans la lumière de la veine sous forme de bourgeons saillants, les uns coniques, les autres cylindroïdes, d'autres de forme irrégulière. Ces bourgeons ont des hauteurs différentes, et peuvent grossièrement être comparés à des villosités faisant saillie à l'intérieur de la cavité intestinale. Ils donnent ainsi à la lumière du vaisseau

(1) G. Thibierge et P. Ravaut, *La réaction palpébrale des singes macaques à l'inoculation de la syphilis*, *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 2 juin 1905, p. 465.

l'aspect d'une *fente étoilée*. Ils sont recouverts sur toute leur surface par l'endothélium sain. Ces bourgeons ont pour base la membrane limitante élastique interne, qui sur les coupes colorées à l'orcéine, est nette, presque régulièrement circulaire et nullement dilacérée : elle n'épouse pas les sinuosités des bourgeons.

Ceux-ci sont essentiellement constitués par un relief de tissu conjonctif dense, fibroïde, ayant un peu l'aspect du tissu muqueux, parsemé de fibres musculaires lisses réunies en petits faisceaux parallèles à l'axe du vaisseau. Ces faisceaux sont très isolés, indépendants et d'autant moins épais qu'on se rapproche plus de l'endothélium de la veine.

Dans ces bourgeons, pas de vaisseaux, pas de fibres élastiques. La couche sous-endothéliale est donc infiltrée de tissu conjonctif, et très nettement augmentée d'épaisseur.

Tunique musculaire. — On voit deux séries de faisceaux musculaires lisses, les uns parallèles à l'axe du vaisseau, les autres obliques. On y voit de nombreux vaisseaux sanguins. Aucune altération de la couche moyenne de la veine. Pas d'amas de leucocytes, sauf dans quelques espaces intersticiels, où on voit plusieurs mononucléaires, qui ne sont pas répartis en îlots nodulaires.

Tunique externe. — Le tissu cellulaire est normal, émaillé de cellules adipeuses, et très vascularisé. Les vasa-vasorum sont béants et ne sont pas entourés d'îlots lymphatiques périvasculaires. Les vaisseaux pénètrent dans la couche moyenne, et n'arrivent pas jusqu'aux fibres musculaires de la couche sous-endothéliale.

Examen microscopique de l'Observation 1 *(personnelle)*. (1).

Le 16 mai 1910, M. le Dr Ravaut pratique l'extirpation d'un fragment de 6 centimètres le long de la veine saphène interne droite, entre deux ligatures, au tiers supérieur de la cuisse.

(1) Travail du service et du laboratoire de M. le Dr Thibierge à l'Hôpital Saint-Louis.

La veine excisée forme un cordon souple donnant la sensation d'une tige de caoutchouc plein de 4 millimètres de diamètre environ. A la coupe, sa lumière paraît rétrécie. Sectionnée aseptiquement sur toute sa longueur, elle ne présente dans son calibre ni caillot, ni sang liquide.

Recherche du spirochaete. — Des frottis sur lames de la paroi interne de la veine sont examinés à l'ultra-microscope; d'autres frottis sont colorés à la largine, mais on ne trouve pas de spirochaetes.

Inoculation au singe. — Inoculation à la paupière préalablement scarifiée d'un macaque sinicus de la sérosité provenant de la cavité centrale de la veine, et par friction directe de petits fragments de la veine.

Le singe mis en observation n'a jamais présenté de lésions syphilitiques au point d'inoculation, pas plus qu'ailleurs.

Examen histologique. — Pas de caillot intra-vasculaire.

Endothélium. — Normal.

Couche sous-endothéliale. — On y remarque quelques bourgeons faisant saillie dans la lumière du vaisseau, analogues à ceux qui ont été décrits précédemment. Mais ils sont moins nombreux et moins volumineux. Le calibre de la veine est donc de ce fait moins rétréci. La couche sous-endothéliale est très épaissie, irrégulière dans ses épaississements fibroïdes. De place en place, la couche sous-endothéliale est parsemée de bandes élastiques parallèles à la limitante élastique interne, et cela presque jusqu'au contact de l'endothélium.

La limitante élastique interne est solide, nette, bien colorée par l'orcéine, et ne présente aucune altération.

Tunique moyenne. — Les faisceaux musculaires lisses sont très nombreux, très vigoureux ; ils semblent même hypertrophiés. Les cellules musculaires sont volumineuses avec gros noyaux très colorés et non proliférés. C'est là une veine très musclée, avec une solide charpente élastique.

Tunique externe. — Les vasa-vasorum sont vigoureux ; leur endothélium est sain. Pas de nodules infectieux périvasculaires.

Examen microscopique de l'Observation 2 (*personnelle*). (1).

Le 12 mai 1910, M. le Dr Ravaut pratique l'extirpation d'un fragment de 5 centimètres le long de la veine saphène interne droite entre deux ligatures.

La veine excisée présente le même aspect d'un tube de caoutchouc plein, dur et flexible. Sa lumière paraît notablement rétrécie.

Recherche du spirochaete. — Elle est négative dans les frottis sur lames examinés à l'ultra-microscope, ainsi que dans les frottis colorés à la largine.

Inoculation au singe. — Elle a été pratiquée sur un macaque sinicus à la paupière suivant la technique déjà exposée. Elle reste négative, le singe étant resté indemne de toute manifestation syphilitique.

Examen histologique. — Pas de caillot intra-vasculaire.

Endothélium. — Normal.

Couche sous-endothéliale. — Elle est épaissie d'une façon irrégulière et donne des *bourgeons* faisant saillie dans la lumière de la veine, qui a le même aspect de fente étoilée. On trouve dans l'épaisseur de cette couche des lésions en îlots. Le tissu conjonctif est hyalin, moins dense que dans les cas précédents, indiquant une sclérose moins accentuée. Il est parsemé de fibres musculaires lisses assez nombreuses. Pas de vaisseaux de néoformation.

La limitante élastique interne envoie des prolongements élastiques fins dans ces bourgeons, et ce fait semble en rapport avec un processus chronique.

Tunique moyenne. — Normale.

Tunique externe. — Elle ne présente pas d'altérations.

(1) Travail du service et du laboratoire de M. le Dr Thibierge à l'Hôpital Saint-Louis.

Examen microscopique de l'Observation 3 (*personnelle*). (1).

Le 27 mai 1910, M. le Dr Ravaut extirpe un fragment de veine de 6 centimètres sur la saphène interne gauche, entre deux ligatures. Ce fragment a toujours la consistance d'un tube de caoutchouc plein. Son calibre est notablement rétréci, presque oblitéré.

Recherche du spirochaete. — Elle est négative sur les frottis sur lames examinés à l'ultra-microscope, ainsi que sur les frottis colorés à la largine.

Inoculation au singe. — La même technique a été suivie ; l'animal n'a présenté en aucun point de manifestations syphilitiques.

Examen histologique. — Pas de caillot intra-vasculaire.

Endothélium. — Normal.

Couche sous-endothéliale. — Elle présente cette même plicature avec épaississements irréguliers sous forme de bourgeons de formes différentes, faisant saillie dans la lumière vasculaire. On ne voit pas de vaisseaux, pas de noyaux, et pas de fibres élastiques dans les bourgeons. On y constate quelques fibres musculaires lisses disposées en petits faisceaux isolés les uns des autres.

Dans certains bourgeons, on remarque des lésions très curieuses et très spéciales. Ce sont des colonnes de tissu conjonctif implantées par leur base sur la limitante élastique interne, convergeant vers la lumière de la veine et sur leur trajet envoyant à droite et à gauche des *arceaux convexes* vers le calibre du vaisseau. Ces arceaux ont l'aspect de branches de palmier qui s'inséreraient de part et d'autre du fût des colonnes. Par leur sommet celles-ci arrivent jusqu'au contact de l'endothélium.

Il est à remarquer que le tissu conjonctif qui constitue ces

(1) Travail du service et du laboratoire de M. le Dr Thibierge à l'Hôpital Saint-Louis.

colonnes a une coloration *métachromatique* violet-rose sous l'action du bleu polychrome. Il se rapproche par là du tissu muqueux : c'est donc là un tissu conjonctif relativement jeune, qui contraste avec celui qui se trouve dans l'intervalle des colonnes, et qui, lui, est plus dense, franchement bleu et qui donne l'impression d'un tissu plus ancien.

La limitante élastique interne est normale et n'accompagne pas les sinuosités des bourgeons de la couche sous-endothéliale.

Tunique moyenne. — Pas d'altérations.

Tunique externe. — Normale. On y voit des nerfs et des artères absolument sains.

Il résulte de l'ensemble de ces examens microscopiques que le *Spirochaete pallida* est bien l'agent pathogène de la phlébite syphilitique précoce, (un cas positif : Thibierge et Ravaut) comme il l'est d'ailleurs de la phlébite des veines cérébrales (Ravaut et Ponselle) et des veines placentaires (Nattan-Larrier et Brindeau). C'est là un fait actuellement démontré.

D'autre part, les lésions veineuses de la syphilis secondaire sont essentiellement caractérisées par une infiltration de tissu conjonctif dans la couche sous-endothéliale de la veine, donnant lieu à la formation de bourgeons saillants, qui rétrécissent la cavité du vaisseau, et lui donnent ainsi l'aspect d'une *fente étoilée* à plusieurs branches. (Thibierge et Monthus, Hoffmann, Roques, Etienne et Lucien, Thibierge et Ravaut, *observations personnelles.*)

La présence d'un *caillot* intra-vasculaire, observée par Mendel, Thibierge et Monthus, Roques, Thibierge et Ravaut, est inconstante. Ce fait est peut-être dû à ce que les coupes n'ont pas toujours porté sur les points thrombosés. Ce caillot, quand il existe, est solidement fixé à la tunique interne, ce qui explique pourquoi les embolies sont très rares au cours de la phlébite syphilitique.

L'infiltration des tuniques moyenne et externe est fréquente (Mendel, Thibierge et Monthus, Roques, Etienne et Lucien). Nous ne l'avons jamais rencontrée dans nos cas personnels, pas

plus que les lésions des vasa-vasorum, signalées par Proksch, Hoffmann, Neisser, Karl Marcus, Roques.

Les lésions des veines que le microscope a décelées chez nos malades donnent l'impression de lésions anciennes, mais qui en réalité ont pu débuter avec la syphilis. Comme le pense M. le Dr Letulle, qui a bien voulu examiner les coupes de veines que nous lui avons soumises, un processus aigu, caractérisé par des amas de leucocytes disposés en îlots, n'est pas obligatoire dans ces phlébites, et la toxine syphilitique peut fort bien, dès le début de l'infection, traduire son action sur les tuniques veineuses par une infiltration de tissu conjonctif dans la couche sous-endothéliale, ressemblant à des lésions de sclérose ancienne.

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE — FREQUENCE

La phlébite syphilitique précoce est une affection plus fréquente qu'on ne le croit généralement : c'est l'opinion de Mendel, de Gayraud, de Charvot, de Fournier et de Thibierge. Si les cas publiés dans la littérature sont relativement rares, c'est qu'elle ne se révèle par aucun symptôme tapageur tant au malade qu'au médecin.

Nous avons exploré systématiquement les veines superficielles des membres chez des syphilitiques en puissance de chancre ou de manifestations secondaires, et nous avons été frappés de la fréquence de la phlébite syphilitique précoce, car en l'espace de trois mois, nous avons pu en recueillir six observations.

Cette phlébite se manifeste d'une façon très précoce dès les premiers temps de l'infection. Nous avons pu la constater peu de jours après l'apparition du chancre, *huit* jours dans l'observation 4, *vingt* jours dans l'observation 2, *trois* semaines dans l'observation 5. Girwood, Le Noir, Fournier et Lœper, Jullien, ont pu observer la phlébite syphilitique quelques jours avant les manifestations secondaires. Rien d'étonnant à ce que nous la retrouvions pendant la période secondaire, le plus souvent dans les trois mois qui suivent l'apparition du chancre infectant.

Plus rarement, elle apparait d'une façon plus tardive, sept mois après l'accident primitif comme dans l'observaton 1, huit

mois (observation 6), dix mois dans les cas de Gayraud et de Campbell. On les observe encore au cours de la seconde année. Plus tard les cas s'espacent, et il semble qu'on n'en rencontre pas. C'est la phase de transition après laquelle surviennent les lésions gommeuses des veines : les phlébites tertiaires.

Greenhow rapporte une observation de phlébite beaucoup plus tardive, survenue trois ans après une éruption considérée comme syphilitique. Mais en présence d'anamnestiques aussi peu précis, il est permis de douter de la nature spécifique de cette éruption, d'autant plus qu'au moment de l'apparition de la phlébite, la malade était atteinte d'une éruption généralisée ressemblant à la fois à la roséole et à l'eczéma.

En résumé, on peut dire que la phlébite syphilitique précoce débute généralement dans les trois mois qui suivent l'apparition du chancre, comme en témoigne la majorité des cas publiés jusqu'à ce jour.

L'affection apparait entre les âges extrêmes de 17 ans (observation 4), à 57 ans (observation de Panella, 70). Mais en moyenne, c'est entre 20 et 32 ans qu'on trouve le plus grand nombre de cas; c'est d'ailleurs pendant cette période de 12 années que l'on observe le plus de contaminations. Les malades atteints de phlébite syphilitique précoce sont donc pour la plupart des individus jeunes. Chez la femme, les cas de phlébite syphilitique sont peu nombreux. De tous temps les auteurs l'ont constaté.

Mendel, en 1894, sur un total de 10 observations, en trouve 2 seulement chez des femmes.

En 1900, M. le Dr Thibierge, sur 26 observations publiées dans la littérature, n'a pu en réunir que 3 cas : la jeune fille dont parle Gosselin, la paysanne de Bréda, et la malade de Heuzard.

Brunsgaard (1), en 1902, sur 326 hommes syphilitiques a pu observer 5 cas de phlébite syphilitique secondaire et 4 cas seu-

(1) Brunsgaard, *Perifere flebiter under forlobet of sekundier syph.* (Norsk. for Lagevidenskaben). *Christiania*, avril 1902 *in* Panella (*Giornale italiano della malattie della pelle*, 1908, p. 684.)

lement sur 617 femmes syphilitiques; ce qui fait une proportion de 1,53 % chez les hommes, et de 0,64 % chez les femmes.

Roussy, en 1903, a pu réunir 35 observations de phlébite syphilitique, dont 27 cas ont trait à des hommes, et 8 cas à des femmes.

Jullien, en 1905, ne trouve que 8 femmes atteintes de phlébite sur un total de 37 observations publiées.

Enfin Panella, en 1908, dans son mémoire sur la phlébite syphilitique, sur un ensemble de 100 cas de phlébite syphilitique donne une proportion moyenne de 78,65 % chez les hommes, et de 21,35 % chez les femmes.

Personnellemnt, sur un total de 92 observations de phlébite syphilitique, y compris nos cas personnels, nous n'en trouvons que 26 ayant trait au *sexe féminin;* ce qui donne une proportion de 27,95 % chez les femmes, et de 72,04 % chez les hommes.

A quoi faut-il attribuer la rareté relative de cette affection chez la femme? Faut-il en chercher la cause, dans les travaux moins pénibles, auxquels elle se livre habituellement? Nous croyons au bien-fondé de cette opinion, car dans plusieurs cas, la fatigue, les travaux de force, la station debout prolongée, ont paru être des facteurs de localisation de l'infection syphilitique sur le tissu veineux.

Dans les observations publiées, nous relevons les professions suivantes exercées par les malades. L'un était garçon coiffeur, l'autre plongeur, cet autre débardeur, celui-ci tanneur, celui-là terrassier; plusieurs étaient soldats; un autre, peintre en bâtiments, restait debout toute la journée sur une échelle. Le malade de Mendel s'aperçut de sa phlébite à la suite de fatigues ; ce même auteur constata une récidive des phlébites chez un autre de ses malades, qui était sorti guéri de l'hôpital un mois auparavant : « Cette récidive généralisée de ses phlébites, dit Mendel, fut déterminée peut-être par le fait que, à sa sortie de l'hôpital, il avait trouvé une place de garçon de magasin, où il se fatiguait beaucoup en frottant et en cirant le parquet. » Le deuxième cas de Thibierge et Monthus vient aussi à l'appui de cette hypothèse. Le malade dut vers le troisième mois de sa syphilis fournir

un travail plus considérable et plus pénible qu'à l'ordinaire, montant et descendant continuellement une échelle avec une charge de pierre. Le malade attribua à ce travail, à la suite duquel il commença à éprouver des douleurs dans les mollets et les cuisses, le développement des lésions veineuses. De même, Karl Marcus attribue à la fatigue, une phlébite syphilitique survenue chez un de ses malades trois mois après un travail pénible. Chez la malade d'Audry, la phlébite apparut quelques jours après une course de bicyclette.

Dans d'autres cas très nombreux, nous devons dire aussi que les malades n'avaient eu aucun surmenage. Plusieurs même étaient au lit, quand la phlébite les surprit. Les malades de Mauriac et de Charvot étaient alités; ceux de Gayraud et de Campbell étaient hospitalisés, l'un depuis trois mois, l'autre depuis quatre semaines.

Les *varices* ne paraissent pas favoriser l'apparition de la phlébite syphilitique ; dans les observations de Hoffmann, de B. Marcuse, de Panella et de Fidon, les malades étaient porteurs de varices, qui ne semblent pas avoir eu d'influence sur la localisation des lésions. Hoffmann prétend au contraire que les phlébites syphilitiques surviennent de préférence chez les sujets variqueux.

L'*alcoolisme*, plus fréquent chez l'homme, aurait peut-être aussi un rôle adjuvant dans l'apparition de la phlébite syphilitique.

En dehors de la fatigue, nous n'avons remarqué aucune autre cause prédisposante pouvant mettre le tissu veineux en état de moindre résistance. Toutefois, dans l'observation de Campbell, la phlébite apparut sur le membre inférieur atteint d'hémiplégie; c'est peut-être là une simple coïncidence.

Dans la majorité des observations de phlébite, l'évolution de la syphilis était normale, et à part quelques cas particuliers (*iritis* dans les cas de Collinot, de Sandmann et de Roussy), les manifestations spécifiques n'avaient présenté rien de spécial, ni dans leur intensité, ni dans leur forme chimique. Sauf de rares excep-

tions, les lésions cutanées et muqueuses ont cédé au traitement mercuriel dans les délais normaux.

Dans quelques cas, nous avons noté une tendance très nette à la multiplicité des lésions viscérales. Dans le premier cas de Charvot, le testicule a été intéressé. Mendel en 1895 publie un cas, où la phlébite s'accompagna de tumeurs musculaires, qui, dit-il, ne sont autre chose que des gommes développées dans l'épaisseur du muscle. Hoffmann, Greenhow observèrent également la coexistence d'une phlébite et d'une myosite syphilitiques. Richard d'Aulnay relate l'observation d'un malade atteint de phlébite, de pleurésie et d'ictère. Gaucher et Chiray ont également rapporté un cas de syphilis grave chez une femme qui, ayant eu un chancre de l'amygdale, fut atteinte successivement de périostite, de phlébite, avec des phénomènes fébriles et de l'albuminurie. Enfin Achard et Demanche trouvèrent chez un syphilitique une phlébite et une néphrite syphilitiques, à laquelle on pouvait rapporter l'œdème considérable qui avait atteint les membres malades.

Mais dans la production de ces phlébites, doit-on incriminer seulement la syphilis? N'est-elle pas aidée dans ce processus inflammatoire par une infection surajoutée ? Nous croyons que dans la plupart des cas publiés, la syphilis seule doit être en cause. La forme et l'allure clinique spéciales de la phlébite syphilitique sont bien différentes de l'évolution des phlébites dans les diverses maladies infectieuses, phlébites dont la guérison est beaucoup plus lente.

Enfin les conditions de développement des phlébites syphilitiques sont les mêmes que celles des artérites de même origine; c'est encore un argument en faveur de la nature purement spécifique de ces phlébites.

Néanmoins, dans quelques cas, la coexistence d'une infection intercurrente et de la syphilis a pu faire penser à l'origine infectieuse de la phlébite.

Dans les cas de Cautru, une crise de rhumatisme articulaire aigu apparut avant le début d'une phlébite chez un syphilitique. Le problème était d'autant plus complexe que le tableau clinique

de la phlébite syphilitique a beaucoup de points communs avec celui de la phlébite rhumatismale. Ce cas de Cautru a été définitivement classé par les auteurs dans la phlébite syphilitique. « Bien que l'hypothèse d'une phlébite rhumatismale ne soit pas inadmissible, dit M. Thibierge, nous pensons que ce cas doit être retenu comme un exemple de syphilis veineuse, tant il présente d'analogies avec les autres cas que nous avons pu réunir. »

Dans le cas de Falkenberg, la phlébite coexistait avec une atteinte de rhumatisme, que l'auteur range dans la classe des rhumatismes syphilitiques, car le traitement d'épreuve par le salicylate de soude n'avait pas amené d'amélioration. Ce cas peut, comme celui de Cautru, prêter aux mêmes objections.

Enfin Richard d'Aulnay relate un cas de phlébite accompagnée de pleurésie et d'ictère. Cette multiplicité des lésions pourrait aussi faire penser à l'origine purement infectieuse de la phlébite. En dehors de ces trois observations discutables, les autres cas de phlébites ne peuvent être rapportés qu'à la syphilis, qui était seule en cause au moment de leur apparition.

CHAPITRE V

SYMPTOMES

C'est, le plus souvent, sur les veines superficielles des membres que se localise la phlébite syphilitique ; les veines le plus fréquemment atteintes sont celles des membres inférieurs, et en particulier la *veine saphène interne*. Le système veineux superficiel du membre supérieur participe souvent au processus inflammatoire, et ici c'est la veine céphalique du bras qui est presque constamment prise.

Exceptionnellement, la phlébite atteint d'autres veines que celles des membres ; dans un cas de Arndt (obs. 68), le *plexus pampiniforme* participa au processus ; dans un autre de Fournier et Lœper (obs. 33), la tégumenteuse abdominale était injectée. Dans un cas de Gayraud et un autre de Le Noir, la phlébite se limitait au membre supérieur. Chez un certain nombre, les membres inférieurs et supérieurs étaient atteints à la fois (Bréda, Mauriac, Mendel, Fournier et Lœper, Finger, Thibierge et Monthus, Gaucher et Touchard). Les deux membres inférieurs peuvent être pris (Greenhow, Mendel, Lang, Fournier et Lœper, Thibierge et Monthus, Audry et Constantin, Œttinger, Renault et Roussy, Roussy, Gaucher et Touchard, Dieulafoy.)

Comme on le voit, il est très rare que la phlébite syphilitique se localise uniquement à une seule veine ; elle intéresse souvent

plusieurs veines d'un même membre, et quelquefois les veines de plusieurs membres. Cette multiplicité des veines atteintes est bien spéciale à la syphilis, et ne se voit guère dans les affections susceptibles de provoquer des phlébites ; même dans les septicémies et les pyohémies, elle n'est pas aussi accusée et aussi constante.

Le plus souvent les lésions sont *bilatérales*, et se font en des points symétriques, mais ce n'est pas une règle constante. Les différentes veines sont atteintes généralement d'une façon simultanée, ou à de courts intervalles. Dans plusieurs cas (Girdwood, Mendel), la veine saphène interne du côté gauche a été prise la première ; il y a d'ailleurs une *prédominance* numérique très marquée des lésions *à gauche*. De même dans les cas où les lésions des veines saphènes sont bilatérales, le cordon phlébitique gauche est souvent plus induré, plus volumineux, plus nettement enflammé.

Dans le cas de Greenhow, les veines superficielles des deux membres inférieurs furent prises à un mois d'intervalle. Le malade de Mauriac eut successivement trois atteintes de phlébite ; la première s'est localisée sur les veines profondes du mollet droit ; deux mois après, les veines sous-cutanées de la face interne du bras droit étaient prises à leur tour ; puis, un mois plus tard, ce furent celles de la cuisse droite. Fournier, Finger, Gaucher et Touchard ont observé des cas de phlébite syphilitique à *poussées successives*.

Le processus inflammatoire peut quelquefois gagner les veines profondes des membres. L'on est en droit d'y penser chaque fois que l'on observe du gonflement notable, de la rougeur, et de la douleur des extrémités correspondantes. Dans le cas de Bréda, les veines humérales et la veine poplitée droite furent probablement atteintes, car le pied droit et les deux mains étaient œdématiés. Dans ceux de Charvot, de Mauriac, d'Audry, de Dieulafoy, les veines profondes des membres inférieurs participèrent vraisemblablement au processus phlébitique. Dans les deux cas d'Audry, en particulier, l'œdème était si considérable que la phlébite revêtait la forme d'une *phlegma-*

tia alba dolens, et à ce sujet Roques (1) en 1907, dans sa thèse, donne une bonne étude de la phlébite syphilitique des gros troncs veineux. Cette phlébite des veines profondes est un fait relativement rare dans la syphilis ; dans les six observations que nous avons pu recueillir, seules les veines superficielles furent atteintes, et nous n'avons jamais pu déceler la moindre trace d'œdème aux malléoles.

La progression de la phlébite est parfois *centripète*, allant de bas en haut, de l'extrémité du membre vers sa racine, tandis qu'elle affecte une marche *centrifuge* (Tourneux et Lévy), dans d'autres cas. Dans les deux observations de Charvot, les lésions débutèrent au niveau du triangle de Scarpa, pour s'allonger vers la face interne du genou. Le plus souvent ce sont les veines superficielles des membres inférieurs qui sont atteintes en premier lieu, puis le processus envahit secondairement les veines des bras.

Les symptômes de la phlébite syphilitique précoce sont généralement peu accusés. Le *début* est rarement annoncé par de la *fièvre* ; dans quelques cas on a pu noter toutefois une élévation de quelques dixièmes de degrés. Plus souvent, l'attention du malade est attirée par une douleur le long du trajet de la veine malade, ou bien par une sensation de gêne, de lourdeur, dans le membre atteint. Dans les cas d'Audry et de Dieulafoy, une douleur brusque annonça le début de la phlébite. Enfin, dans la majorité des cas, la phlébite syphilitique précoce s'installe insidieusement, évolue de même, et ne se traduit par aucune douleur spontanée. Il faut une palpation méthodique pour provoquer une sensation douloureuse plus ou moins intense, le long des cordons veineux. C'est ce que nous avons pu constater dans nos observations personnelles, où les malades n'accusaient aucune gêne, aucun fourmillement dans les membres, et où la pression des cordons phlébitiques réveilla seulement chez quelques-uns un peu de sensibilité.

Ceci explique pourquoi de nombreux cas de phlébite syphi-

(1) Roques, Phlébite syph. des gros troncs veineux. *Thèse de Toulouse*, 1907.

litique ont dû passer inaperçus, car les observations dans la littérature sont relativement peu nombreuses eu l'égard au grand nombre de syphilitiques. Aussi, nous sommes convaincu que l'exploration systématique des veines superficielles des membres chez des malades en puissance de chancre induré ou d'accidents secondaires décélera des lésions qui ne se seraient révélées au malade, pas plus qu'au médecin, par aucun signe physique ou fonctionnel.

A la période d'état, quelques auteurs : Charvot, Heuzard, Jacquinet, Karl Marcus, Audry, Campbell ont observé *l'exacerbation des douleurs la nuit* ; c'est pour eux un bon signe de phlébite syphilitique.

Personnellement, nous n'avons jamais observé de recrudescence nocturne de la douleur chez les malades atteints de phlébite syphilitique.

Pour pratiquer l'*examen physique* des veines, le malade sera couché sur le dos, en résolution musculaire complète. Cette dernière condition est indispensable pour la recherche des veines phlébitiques : une aponévrose ou un tendon en état de tension pouvant fort bien donner l'illusion d'une phlébite qui n'existe pas.

L'*inspection* des membres montrera quelquefois la présence de *traînées* ou de plaques roses ou brunes sur le trajet des veines atteintes ; c'est là un phénomène des plus inconstants, qui manque souvent, et qui, pour accompagner parfois le début de la phlébite, ne tarde pas à disparaître pendant tout le cours de l'affection.

Quelquefois, les veines *font saillie sous la peau* comme des veines variqueuses, présentant par places des nodosités molles, souvent légèrement indurées, qui correspondent aux valvules veineuses. C'est, en quelque sorte, une phlébite syphilitique noueuse, comme Hoffmann, Marcuse, Blumenfeld, Karl Marcus en ont rapporté des cas. Nous avons pu observer, dans un cas personnel, que les veines des membres inférieurs devenaient turgescentes dès que le malade se mettait debout (obs. 4). Peut-être y avait-il un état antérieur de dilatation variqueuse des veines. Quoi qu'il en soit, ce phénomène est en faveur de la

perméabilité des veines superficielles au cours de la phlébite syphilitique précoce.

La *palpation* décèle sur le trajet des veines atteintes un cordon arrondi, dur, roulant sous le doigt, le plus souvent régulier, quelquefois légèrement noueux, moniliforme ; ces nodosités, comme nous l'avons vu, correspondent à des valvules, ou encore à des points thrombosés. Il donne aux doigts explorateurs, la sensation d'un *vaisseau injecté au suif*, d'une corde tendue et mouillée, d'un tuyau de pipe. Sa *grosseur* varie de celle d'une plume d'oie à celle du petit doigt. Il n'est *pas adhérent à la peau* qui le recouvre, pas plus qu'aux muscles et aux aponévroses qui forment son lit. En pinçant la peau entre le pouce et l'index, on peut le saisir facilement chez les sujets maigres, et se rendre compte de sa consistance. Il répond toujours exactement au trajet anatomique d'une veine, ce qui permet d'éviter la confusion avec un tendon ou une corde aponévrotique.

Son *étendue* est des plus variables, et est en rapport avec la plus ou moins grande intensité des lésions. Dans l'observation de Gayraud, par exemple, la veine saphène interne gauche était atteinte sur une longueur de douze centimètres, tandis que dans une de nos observations personnelles (obs. 4), les deux veines saphènes internes étaient envahies dans toute leur étendue.

On peut distinguer, avec M. le professeur Fournier, trois formes différentes, suivant l'étendue des lésions :

1° — La phlébite se restreint à un court segment de membre ;

2° — Elle affecte un segment vasculaire plus considérable (portion jambière ou crurale de la saphène interne).

3° — Toute la veine est atteinte (la saphène, depuis la malléole jusqu'à la région crurale supérieure).

Quelquefois on observe un peu d'augmentation de la température locale, accompagnant ,dans certains cas, une tuméfaction diffuse du membre, un *œdème* léger et fugace, localisé surtout aux malléoles et à la face postérieure de la jambe. Dans les deux cas d'Audry, dans ceux de Barbe, de Dieulafoy, de Weljamowitz, l'œdème était si intense que la phlébite syphilitique simulait une *phlegmatia alba dolens*. Mais dans ces faits, il est

certain que les veines profondes étaient atteintes. Dans l'observation d'Achard et Demanche, le volumineux œdème fut rapporté par les auteurs à une néphrite syphilitique secondaire à grosse albuminurie, qui coexistait avec la phlébite.

Les veines atteintes sont le plus souvent encore *perméables*. On peut s'en assurer en comprimant le membre à sa racine, ou en faisant mettre le malade dans la station verticale, on voit alors les veines phlébitiques saillir sous la peau et se gonfler. Enfin, dans quelques cas, à forme de phlegmatia, avec gros œdème, Dieulafoy, Achard ont pu déceler un peu d'*hydarthrose* (obs. 60 et 72).

L'absence de *phénomènes généraux* est la règle, on n'observe pas de *réaction fébrile*, sauf dans le cas de Cautru et dans celui de Charvot; dans ce dernier, la fièvre au début n'était que de quelques dixièmes de degré, et disparut rapidement les jours qui suivirent. Dans l'observation de Gaucher et Chiray, la fièvre avait débuté avec l'éclosion du chancre de l'amygdale, avant toute atteinte de phlébite. On ne peut donc pas l'attribuer à l'entrée en scène de cette complication. Chez le malade d'Œttinger, la fièvre apparut au contraire avec la phlébite.

La *rate* souvent était augmentée de volume, ce qui n'a pas lieu de nous étonner au cours des deux premières périodes de la syphilis (Thibierge et Monthus, et obs. personnelles).

Nous résumerons, pour terminer, le tableau clinique de la phlébite syphilitique précoce, en citant ces quelques mots du professeur Fournier (1) : « Les symptômes sont ceux d'une phlébite à modalité initialement subaiguë, mais tournant presque aussitôt à une modalité froide, aphlegmasique, où l'affection ne consiste plus qu'en une induration plastique des cordons veineux. Quelquefois la maladie affecte cette modalité froide dès son début, et la conserve pendant toute sa durée. »

Il serait difficile de faire mieux comprendre en si peu de mots quelles sont l'évolution et les allures cliniques de la phlébite syphilitique secondaire.

(1) Fournier, *Traité de la Syphilis*, 1899, tome I.

CHAPITRE VI

EVOLUTION. — RECIDIVES. — COMPLICATIONS. PRONOSTIC

Nous avons vu combien l'évolution de la phlébite syphilitique précoce était silencieuse. Absence fréquente de signes fonctionnels et généraux, elle ne se révèle le plus souvent que par un ensemble de signes physiques presque constamment associés, et qu'on doit rechercher.

Les malades ignorent fréquemment l'affection dont ils sont atteints, continuent à travailler sans ressentir la moindre gêne, la moindre pesanteur dans les membres. Malgré l'ordre formel de rester au lit, ils se sont levés, et n'ont pas eu pour cela de complications graves.

L'**embolie,** si redoutable dans la phlegmatia alba dolens, n'a été observée qu'une seule fois par Jullien chez un de ses malades. Cette complication fut d'ailleurs dans ce cas particulier d'une bénignité remarquable : « A trois reprises, dit Jullien, le malade eut une sorte d'évanouissement, avec sensation d'étouffement, algie au niveau du cœur, pouls ralenti, sueurs froides, pâleur, syncope incomplète, phénomène en présence duquel il est bien difficile de ne pas penser à l'embolie. »

Dans tous les autres cas, la lésion veineuse s'est terminée par une résolution plus ou moins complète de l'induration. Le plus

souvent la veine thrombosée reprend ses fonctions, son calibre et sa consistance normale. Parfois il persiste assez longtemps une très légère induration des vaisseaux atteints.

Le **pronostic** est donc essentiellement bénin.

Cette disparition progressive de la phlébite syphilitique précoce sous l'influence du traitement mercuriel demande en général de 15 jours à 2 mois. L'observation de Mauriac fait exception à la règle : la durée de l'affection a été de plus de 6 mois, mais dans ce cas il s'agissait d'une syphilis ayant tous les caractères d'une syphilis maligne.

Peut-être chez quelques-uns de nos malades l'affection a-t-elle dépassé ce terme de 2 mois, mais ayant quitté le service avant la guérison complète de leur phlébite, nous n'avons pu les suivre après leur sortie de l'hôpital. La phlébite du malade de Mendel fut aussi de longue durée; elle était apparue au milieu de travaux excessifs, et les symptômes furent d'une assez grande intensité. Dans une observation de Hoffmann, 7 mois après son apparition, la phlébite n'était pas encore complètement disparue malgré un traitement antisyphilitique intensif.

Les **récidives** de la phlébite syphilitique ont été observées dans plusieurs cas. A ce propos l'observation de Mendel est des plus intéressantes : « La seconde atteinte se produisit environ un mois après la guérison de la première; et elle semble avoir eu pour cause un surmenage physique. En effet, avant d'être atteint pour la première fois, J... était garçon charcutier, on l'employait surtout à hacher de la viande : les membres supérieurs furent pris un peu plus sérieusement que les inférieurs. Après un repos prolongé à l'hôpital, presque entièrement guéri, J... trouva une place de garçon de magasin; le travail était plus dur et il fut obligé de cirer le parquet. Au bout de huit jours la récidive était complète et cette fois les membres inférieurs et supérieurs étaient atteints au même degré. »

Dans un cas de Hoffmann, la phlébite récidiva sur les mêmes veines 7 mois après la première atteinte, et cette récidive de la phlébite coïncida avec une récidive des manifestations secondaires. Dieulafoy, Campbell *d'Edimbourg* et Karl Marcus ont

également observé des récidives de la phlébite plusieurs semaines après la guérison (Obs. 48, 59, 60).

Dans les autres cas de Finger, de Fournier et Lœper, de Micheleau, de Gaucher et Touchard, les malades n'ont pas eu à proprement parler de récidive de leurs phlébites sur des veines déjà atteintes antérieurement et guéries, mais plutôt des poussées successives au cours d'un processus en évolution sur des veines qui avaient été respectées au cours de la première atteinte.

Ces récidives ne paraissent pas avoir une gravité plus grande; elles cèdent facilement au traitement antisyphilitique.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la phlébite précoce est relativement facile. Si chez un syphilitique porteur de manifestations cutanées ou muqueuses, on constate l'existence d'un cordon induré sur le trajet anatomique des veines superficielles des membres, on pensera à la phlébite syphilitique. Hâtons-nous de dire que c'est par une erreur de diagnostic que cette affection a été le plus souvent méconnue.

Avant qu'elle ait été bien décrite et vulgarisée par les auteurs, on était si peu habitué à l'idée d'une altération veineuse au cours de la syphilis, que l'on cherchait d'autres causes à la phlébite spécifique.

On se gardera tout d'abord d'affirmer une phlébite syphilitique qui n'existe pas, et de prendre un tendon, un bord tranchant d'aponévrose pour un cordon veineux.

La confusion est trop grossière pour que nous insistions, et on l'évitera si l'on a soin d'examiner le malade couché en complète résolution musculaire. D'ailleurs la connaissance du trajet anatomique des veines et la compression du membre à sa racine seront les éléments du diagnostic différentiel.

Avec la *lymphangite secondaire*, le diagnostic présente plus de difficultés. Quand on trouve le long d'un membre chez un sujet porteur de manifestations syphilitiques, un cordon induré, noueux, un peu sensible, sans adhérence à la peau; quand on

constate un peu de rougeur, un peu d'œdème et de gêne dans les mouvements, on pense fréquemment à une lymphangite syphilitique.

La phlébite et la lymphangite spécifiques secondaires présentent à priori des analogies qu'un examen attentif réduit vite à néant. Pour fixer les idées, nous rappellerons l'observation du Professeur Fournier, que nous empruntons au mémoire de Mendel : « A..., sculpteur, âgé de 47 ans, se présente le 18 août 1892 à la consultation de M. le professeur Fournier ; il a vu apparaître, il y a quatre jours, une éruption disséminée sur le tronc et les cuisses. Cette éruption est une roséole syphilitique : le chancre peut être retrouvé sur le scrotum à gauche en arrière. Le 1er septembre, apparition de syphilides palmaires.

« Le 1er novembre 1892, le malade, qui continuait à exercer sa profession de sculpteur et à manier de la terre glaise, présenta une onyxis légère du pouce droit. Cette onyxis empira peu à peu; le 5 mars l'ongle était décollé et il se produisait une légère suppuration. La lésion de l'ongle se prolongea jusqu'au commencement d'octobre. A ce moment, le malade présenta une affection singulière, constituée par cinq ou six nodosités fermes sous-cutanées, situées à la face antérieure de l'avant-bras, et se prolongeant jusqu'à la saignée du coude en ligne droite. Chaque nodosité avait le diamètre d'une pièce de vingt centimes et faisait une saillie assez notable. M. le professeur Fournier pensa d'abord à une phlébite secondaire, car on peut voir que la lésion ressemble assez bien à celle que nous décrivons plus haut.

« Voici les raisons qui lui firent exclure le diagnostic de phlébite :

« 1° Le cordon noueux ne pouvait être la veine radiale superficielle : au coude, cette veine suivait un tout autre trajet que celui du cordon.

« 2° A côté du cordon on percevait nettement la veine radiale superficielle.

« 3° Le cordon noueux conduisait jusqu'au ganglion sus-épitrochléen.

« 4° Enfin l'épreuve de la compression du membre à sa racine

produisait de la turgescence des veines superficielles, sans influencer le cordon pathologique. » (Comme on peut le prévoir, ce dernier signe différentiel n'a plus aucune valeur, quand les veines sont thrombosées.)

L'hypothèse d'une phlébite écartée, on ne pouvait plus penser qu'à une lymphangite; c'est à ce diagnostic que s'arrêta M. Fournier. D'ailleurs cette affection ne fut pas de longue durée : l'ongle guérit, et dès le 18 octobre les nodosités de l'avant-bras diminuèrent. Elles avaient disparu le 6 novembre.

Wechselmann, en 1904, rapporte également un cas de lymphangite syphilitique du bras droit, où le cordon pathologique ressemblait à une veine bleue « luisant au travers de la peau », que, dit-il, on aurait pu confondre facilement avec une phlébite syphilitique.

Dans ces cas embarrassants, nous avons vu que la connaissance du trajet anatomique de la veine, et l'influence de la compression du membre sur le cordon induré étaient les clefs du diagnostic. « Malgré l'évidence de ces signes, dit Jullien, il est pourtant avéré que la confusion a été commise fréquemment autrefois, et c'est à cette erreur si générale, que l'on est en droit d'attribuer ce fait étonnant au premier abord, que la phlébite syphilitique soit de connaissance relativement récente. »

Voilà pour la lymphangite syphilitique tronculaire des membres. Autrement difficile est le diagnostic différentiel de la lymphangite et de la phlébite syphilitique siégeant en tout autre point que les membres, sur des territoires très circonscrits, et en particulier sur le dos de la verge.

Qu'on nous permette une petite digression à ce sujet pour rapporter un fait clinique des plus instructifs. Il s'agit d'un malade observé dans le service de M. le Dr Thibierge, et qui était porteur d'un chancre induré du pénis. A l'examen, on constata la présence d'un cordon dur, moniliforme sur le dos de la verge. On pensait à une phlébite syphilitique de la veine dorsale superficielle. Mais une biopsie fut faite par M. le Dr Ravaut, et à l'examen histologique, on trouva les lésions caractéristiques d'une endopérilymphangite oblitérante. « Sur la coupe, on voit

un gros vaisseau dont les parois sont constituées par des fibres musculaires lisses et de fibres élastiques un peu dissociées, en dedans desquelles se sont formés des vaisseaux de néoformation, se disposant en longs réseaux irréguliers. Tout le tissu qui oblitère la lumière du vaisseau lymphatique est formé de fines fibrilles de tissu conjonctif, de fibroblastes, de cellules fixes et de nombreux éléments cellulaires (leucocytes). C'est du tissu conjonctif organisé. Tous ces éléments sont jetés pêle-mêle dans ce tissu conjonctif vascularisé, de néoformation, sans prendre la forme d'îlots inflammatoires. C'est donc une *endolymphangite oblitérante.*

Ce vaisseau est le centre de lésions inflammatoires périphériques donnant lieu à une périlymphangite intense. Le tissu conjonctif à l'extérieur du vaisseau est enflammé, gorgé de leucocytes, formant un gros nodule, limité de chaque côté par des espaces conjonctifs remplis de sang.

« Au-delà de ce nodule de périlymphangite, on voit plusieurs îlots nodulaires inflammatoires, avec des vaisseaux nombreux, et surtout riches en *plasmazellen* à noyaux excentriques. »

Dans ce cas particulier, le diagnostic était impossible. C'est qu'en effet dans ces cordons indurés du dos de la verge, on ne peut avoir recours aux moyens d'exploration clinique conseillés par M. le Professeur Fournier à propos du diagnostic différentiel des phlébites et des lymphangites syphilitiques des membres.

La phlébite syphilitique diffère trop de la *phlegmatia alba dolens*, et des phlébites des maladies infectieuses pour que la confusion soit possible. Néanmoins quand les veines profondes sont atteintes et que l'œdème est considérable, comme dans les cas de Barbe, de Dieulafoy, d'Audry et Constantin, l'hésitation est permise : il suffira ici de rechercher l'étiologie pour être sur la voie du diagnostic.

Dans ces cas avec œdème considérable, on peut quelquefois penser au *phlegmon diffus*. Mais ici les phénomènes généraux, le gonflement en masse de toute la région, la rougeur, les phlyctènes qui lui sont bien spéciales ainsi que l'absence d'induration localisée le long d'une veine suffiront à éviter toute confusion.

L'*artérite*, par l'absence de battements sur le trajet des vaisseaux, par le refroidissement du membre, et la tendance à la gangrène ne saurait être confondue avec la phlébite syphilitique, bien que dans un cas, Étienne et Lucien (de Nancy) aient observé la coexistence des deux affections : artérite et phlébite syphilitiques oblitérantes des vaisseaux poplités. L'artérite avait été diagnostiquée, et la phlébite ne fut découverte qu'à l'examen microscopique.

L'*érysipèle* est une infection dermique : ses placards rouges et son bourrelet caractéristiques ressemblent bien peu à la phlébite syphilitique avec œdème.

La *myosite syphilitique* et ses petites nodosités dures, allongées, peuvent quelquefois en imposer pour une phlébite noueuse, d'autant plus qu'elles se développent presque toujours dans l'axe du membre. Il suffira de faire exécuter au malade des mouvements actifs pour se rendre compte que ces tumeurs sont solidaires des muscles, et se déplacent avec eux. Dans quelques cas phlébite et myosite syphilitiques coexistaient, comme dans les observations de Greenhow, de Mendel, d'Erich Hoffmann.

Un diagnostic plus délicat est celui qu'il faudra faire avec la phlébite goutteuse et la phlébite rhumatismale. C'est dans ces deux variétés de phlébites que les premiers observateurs classaient les cas de phlébite syphilitique qu'ils avaient pu observer, hésitant pour la plupart à prononcer le mot de « phlébite syphilitique ».

La *phlébite goutteuse*, étudiée par Paget, et quelques auteurs anglais, en France par Lancereaux, se reconnait à son extrême mobilité, à sa localisation rapide sur les membres inférieurs, à ses poussées inflammatoires des plus irrégulières, à la tenacité de l'œdème parfois considérable, enfin à son étiologie qu'il faudra toujours rechercher.

La *phlébite rhumatismale*, très rare, qui a été bien étudiée dans la thèse de Schmitt (1), est presque le sosie de la phlébite syphilitique.

(1) Schmitt, *De la phlébite rhumatismale*. Thèse Paris, 1884.

De nombreux cas de phlébite chez des syphilitiques ayant des poussées de rhumatisme articulaire aigu, ont pu laisser, à juste titre, les observateurs dans l'embarras de choisir entre l'une ou l'autre.

Mais si la polyarthrite fébrile, l'endopéricardite ou la pleurésie, bref une complication quelconque ne viennent imposer le diagnostic, on se gardera d'étiqueter phlébite rhumatismale des phlébites qui le plus souvent ne sont dues qu'à la syphilis.

Enfin, Weber (1) a dit que l'on confondait fréquemment la phlébite et la lymphangite syphilitiques avec un état particulier d'induration des veines, qu'il avait rencontré chez nombre de malades des hôpitaux, âgés d'environ 30 ans. Il pense que chez des hommes travaillant à la période la plus active de la vie, les veines superficielles peuvent être spécialement bien développées, et pour cela plus perceptibles quand elles sont vides et contractées. Les biopsies qu'il a faites lui ont montré dans ces cas une hypertrophie du faisceau longitudinal de fibres lisses qui forme la partie interne de la tunique moyenne. Nous pensons que cet état des veines est dû vraisemblablement à un léger degré de phlébosclérose, affection chronique n'évoluant pas par poussées successives comme la phlébite syphilitique, et qui ne subit pas comme elle de régression sous l'influence du traitement spécifique.

D'ailleurs ces cordons veineux, dont parle Weber, ne donnent pas la sensation d'un vaisseau injecté au suif, comme dans la phlébite syphilitique, mais plutôt celle de tuyaux de caoutchouc aplatis.

En somme, c'est par la recherche des antécédents du malade, par l'examen des lésions qu'il peut présenter, quelquefois simplement par exclusion, que l'on arrivera au diagnostic. Dans presque tous les cas de phlébite syphilitique on trouvera la coexistence d'accidents primaires ou secondaires, comme on peut s'en rendre compte en parcourant les observations publiées jusqu'à ce jour.

(1) Weber, *Bristish Journ. of Dermat.* Juin 1899, p. 233.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Le traitement *préventif* de la phlébite syphilitique consistera à mettre les malades au traitement mercuriel, dès que la syphilis aura été diagnostiquée.

Le malade évitera les fatigues, les stations debout prolongées, qui semblent avoir quelque influence dans la pathogénie des phlébites syphilitiques.

Quand la phlébite est déclarée, on mettra les malades au repos au lit, sans immobiliser les membres dans une gouttière ouatée, sauf dans les cas où l'œdème sera considérable : ici une légère compression en favorisera la résolution ; et si les malades n'étaient pas encore soignés pour leur syphilis, on appliquera le traitement spécifique dans les plus brefs délais. Les malades doivent absorber du *mercure;* nous ne préconiserons pas une préparation spéciale ; les frictions, les injections intra-musculaires d'huile grise, de calomel, de sublimé et de benzoate de mercure ont été employées par différents auteurs. Les allemands, Hoffmann entre autres, Fournier en France, emploient le traitement mixte (mercure et iodure de potassium) avec lequel, disent-ils, la régression des phlébites est plus rapide, l'iodure combattant la sclérose veineuse.

Les malades, que nous avons observés personnellement, ont reçu dans le service de M. le Dr Thibierge des *injections intra-veineuses de cyanure de mercure*, à raison de un centigramme

tous les deux jours. Ces injections intra-veineuses ont, croyons-nous, le mérite de mettre la solution de sel mercuriel en contact direct avec l'endoveine; c'est là un traitement à la fois local et général, résumant à lui seul deux indications thérapeutiques essentielles. Au bout d'un mois chez nos malades, les phlébites étaient presque complètement guéries.

Les injections intra-musculaires et intra-veineuses d'*arséno-benzol* (« 606 » de Ehrlich-Hata) n'ont pas paru agir plus rapidement que les injections intra-veineuses de cyanure. Elles ont été pratiquées chez deux de nos malades par M. le Dr Ravaut. (Obs. 4 et 6.)

Quoi qu'il en soit, certains faits publiés laissent le droit d'être sceptique sur l'efficacité du traitement préventif dans les phlébites syphilitiques.

Mendel a rapporté l'observation d'un malade qui fut atteint de phlébite syphilitique, alors qu'il était déjà depuis 3 semaines soumis à un traitement par le mercure et l'iodure. — Panella (obs. 70), Campbell *d'Edimbourg* (obs. 48), rapportent des faits analogues; le malade de Campbell depuis le 11 septembre jusqu'au 7 octobre reçoit des injections de calomel. On arrête le 7 octobre à cause d'une légère stomatite mercurielle. Le 21 octobre, on reprend les piqûres, et le 28, la phlébite de la saphène interne droite apparaît : « Si l'affection, dit Campbell, survient pendant un traitement antisyphilitique et disparaît même si nous continuons ce traitement, pouvons-nous dire que cette médication spécifique a une influence manifeste sur la maladie, et que cette influence par elle-même est un moyen de diagnostic? »

Jusqu'à plus ample informé, nous pensons que le traitement spécifique doit être appliqué systématiquement, et si son action préventive n'est pas démontrée dans le cas particulier de la phlébite syphilitique, il a toujours le grand mérite de lutter contre l'infection locale et générale de l'organisme par le spirochaete.

Localement, suivant la méthode de Fournier, on pourra faire sur la peau le long des cordons veineux des onctions avec l'onguent mercuriel belladoné; les bains, les cataplasmes émollients favoriseront la résolution de la phlébite.

OBSERVATIONS

Observation 1 (personnelle).

(*recueillie dans le service de* M. le Dr Thibierge).

Phlébite syphilitique secondaire.

Le nommé P... S., âgé de 25 ans, peintre en bâtiment, se présente le 29 avril 1910, à la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis. Il vient consulter pour un écoulement uréthral chronique, qui dure depuis sept mois, et qui avait surtout attiré son attention.

Il avait remarqué, depuis un mois, une éruption de taches roses sur le tronc ; c'est une roséole typique qui ne l'avait pas autrement inquiété. La palpation de ses veines superficielles montre des lésions de phlébite qui seront décrites plus loin.

Antécédents. — Dans ses antécédents héréditaires, on note que son père est mort tuberculeux.

Dans ses antécédents personnels, rien à noter ; une coqueluche à 10 ans ; en dehors de cela, pas de maladies aiguës.

C'est un jeune homme de 25 ans, bien constitué. Il ne boit pas d'alcool et ne fume pas. Il est depuis plusieurs années peintre en bâtiment et travaille debout, le plus souvent sur une échelle. Il n'a jamais eu d'accidents de saturnisme, ne manipulant pas la céruse.

En octobre 1909, il eut un coït suivi six jours après d'une blennorrhagie, et, trois semaines environ après, de l'apparition de sept boutons sur le fourreau de la verge. Ces boutons sont rouge vif, légère-

ment suintants et surélevés. Ils étaient durs et avaient, suivant sa propre comparaison, la consistance d'un bouton de culotte.

En même temps, il constatait, dans les deux aines, la présence de petits ganglions durs et complètement indolores.

A l'entendre, ces boutons furent guéris quinze jours après; depuis ce temps, il ne s'était pas autrement préoccupé des accidents qu'il avait eus, ignorant complètement la syphilis, que, selon toute vraisemblance, il avait dû contracter en octobre 1909.

Le 2 mai 1910, il entre salle Devergie, lit n° 42, dans le service de M. le docteur Thibierge.

L'examen de la verge montre, sur le fourreau, la présence de sept cicatrices de la largeur d'une lentille, pigmentées, non indurées, ne laissant voir aucune perte de substance. Ce sont les traces des sept boutons rouges et durs que le malade constatait à cet endroit au mois d'octobre 1909.

Sur le tronc et les membres, on constate une éruption de roséole typique, qui a débuté, il y a un mois, et autour du cou des syphilides pigmentaires (*collier de Vénus*).

A la nuque, aux aines et aux aisselles, quelques petits ganglions lymphatiques sont durs et augmentés de volumes. Pas de plaques muqueuses, pas de céphalée, pas de chute des cheveux.

Examen des veines. — A la face interne des deux cuisses, sur le trajet de la veine saphène interne, on constate, à l'inspection, un cordon saillant sous la peau dans les deux tiers supérieurs de la cuisse. On ne voit à ce niveau, ni rougeur, ni gonflement. La palpation montre que ce cordon est induré, régulier, sans bosselures, gros comme une plume d'oie. Il a la consistance d'un vaisseau injecté au suif. Il est mobile sous la peau, et sur les plans profonds. Son origine est dans la prolongation des cordons de même nature que nous allons retrouver aux jambes.

Des deux côtés, il se termine brusquement au niveau de l'embouchure de la saphène interne dans la veine fémorale, au milieu du triangle de Scarpa, à trois centimètres au-dessous de l'arcade de Fallope.

Il est à remarquer qu'à la cuisse droite, le cordon est plus dur, plus résistant. Il se différencie mieux des tissus environnants, et roule plus facilement sous les doigts qui l'explorent.

A la face interne des deux jambes, au niveau du bord interne du jumeau interne, on constate à la palpation sur le trajet de la veine saphène interne, des cordons de même nature, moins indurés toutefois qu'à la cuisse.

Ces cordons sont perceptibles à partir de 2 centimètres au-dessus et

en arrière de la malléole interne, et se continuent directement à la face interne du genou avec les cordons décrits à la cuisse.

Au niveau des veines saphènes externes des deux côtés, même sensation d'un cordon induré, qui n'est perçu à la palpation qu'à partir du tiers moyen de la jambe. Ce cordon chemine sous la peau dans l'interstice des deux jumeaux, et disparait brusquement au milieu du creux poplité, à l'endroit où la saphène externe se jette dans la partie supérieure de la veine poplitée, entre les insertions fémorales des deux jumeaux.

A la cuisse, comme à la jambe, il est à remarquer que l'induration des cordons veineux superficiels devient de plus en plus nette à mesure que l'on s'éloigne de leurs origines dans les capillaires, et qu'on se rapproche de leur point d'abouchement dans les veines profondes.

Aux bras, on perçoit des cordons de même nature, sur le trajet des veines céphaliques et basiliques sur une longueur de six à huit centimètres.

L'M veineux du pli du coude est également induré.

Aux deux avant-bras, seule la veine radiale superficielle présente une induration qui disparait vers le tiers moyen de l'avant-bras.

Signes fonctionnels. — Le malade n'a jamais ressenti spontanément ni fourmillements, ni douleurs dans les jambes. Il n'a jamais eu d'œdème aux malléoles, et actuellement on n'en constate pas. La palpation des cordons veineux est absolument indolore.

Pas d'élévation de la température locale, pas de douleurs articulaires, pas de fièvre.

11 mai. — La roséole persiste, mais les cordons veineux sont moins indurés. Ils se laissent déprimer par le doigt qui explore.

Pas de fièvre.

16 mai. — Prélèvement d'un fragment de veine, long de six centimètres au tiers supérieur de la face interne de la cuisse.

25 mai. — On sent encore nettement les cordons veineux indurés, au niveau de la face interne des deux cuisses, mais leur consistance est de plus en plus molle. Aux jambes, ils sont encore perçus, mais tandis que les veines saphènes internes tendent à reprendre leur souplesse, les veines saphènes externes ne se sont pas modifiées dans leur consistance, et, comme à l'entrée, donnent la sensation d'un vaisseau injecté au suif.

Aux bras et aux avant-bras, les veines sont devenues souples, et on ne sent plus de cordon induré. La roséole persiste avec la même intensité sur le tronc et sur les membres.

Pas de plaques muqueuses. Pas de céphalée. Persistance des syphilides pigmentaires du cou.

Pendant la durée de son séjour à l'hôpital, le malade n'a jamais eu de fièvre.

Traitement. — Tous les jours le malade prend cinq milligrammes d'arséniate de soude en solution dans l'eau.

Le 27 *mai*, injection intraveineuse de un centigramme de cyanure de mercure.

Le 28 *mai*, il sort de l'hôpital sur sa demande.

Nous avons eu l'occasion de revoir le malade trois semaines après sa sortie de l'hôpital, les cordons indurés des saphènes persistaient avec tendance à l'assouplissement.

Observation 2 (personnelle).

(*recueillie dans le service de* M. le Dr Thibierge).

Phlébite au stade du chancre chez un jeune homme de 20 ans.

Le nommé D... Emile, âgé de 20 ans, serrurier, se présente le 6 mai 1910, à la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis, porteur d'un chancre syphilitique sous-préputial typique. En palpant les veines superficielles des membres, nous trouvons des lésions de phlébite dont la description va faire l'objet de cette observation.

C'est un jeune homme de 20 ans, pâle, d'apparence un peu grêle, et que son métier de serrurier oblige à rester debout toute la journée.

Il supporte bien cette fatigue et n'a jamais eu ni douleur, ni lassitude dans les jambes.

Antécédents. — Rien de particulier; un frère mort tuberculeux; lui-même n'a jamais été malade.

Histoire de la maladie. — La syphilis dont il est atteint aurait pour origine un coït avec une femme de passage qu'il n'a jamais revue, et qui remonterait au 20 mars 1910. Vers le 15 avril, c'est-à-dire vingt-cinq jours après, il vit naître un petit bouton sous le prépuce qui s'agrandit de jour en jour. Il entre le 7 mai 1910, salle Devergie, lit n° 35 dans le service de M. le docteur Thibierge à l'hôpital Saint-Louis. L'examen de ses organes génitaux montre sous le prépuce, à gauche de la ligne médiane, une érosion de la largeur d'une pièce de vingt-

cinq centimes, de couleur rouge jambon, notablement surélevée, et acompagnée d'une induration très nette de la base. Le prépuce rabattu cache le chancre, mais la verge esquisse vaguement l'aspect d'un battant de cloche.

Dans les aines, pléïade ganglionnaire bilatérale, indolore, et plus accentuée à droite. Le malade est au vingt-et-unième jour de son chancre; on ne constate ni roséole sur le tronc, ni plaques sur les muqueuses.

Examen des veines. — L'exploration des veines superficielles de la cuisse droite fait sentir à la palpation sur le trajet de la veine saphène interne, un cordon dur, mobile, non adhérent à la peau, et qui roule sous le doigt; pas d'adhérences aux plans profonds. La consistance des veines est celle d'un vaisseau injecté au suif, pas de rougeur le long du cordon, pas de saillie appréciable à la vue, pas d'œdème. Ce cordon se continue en bas sur la face interne de la jambe, où la veine saphène interne est également indurée.

Il se termine brusquement en haut au tiers supérieur de la cuisse, à l'endroit où la veine saphène interne vient s'aboucher dans la veine fémorale au milieu du triangle de Scarpa.

A la cuisse gauche, on sent également un cordon induré, gros comme un chalumeau de paille qui prend naissance au niveau du plateau tibial, et qui se prolonge en haut vers la racine de la cuisse pour se terminer brusquement comme celui du côté droit, au point d'abouchement de la saphène dans la veine fémorale.

Sur le trajet de ce cordon, à partir du plateau tibial on voit sur la peau, une traînée brunâtre, large de trois millimètres que l'on peut suivre jusqu'à dix centimètres au-dessus du condyle interne. Remarquons ici que le cordon qu'on trouve à la face interne de la cuisse droite, est plus nettement résistant et mieux perçu que le cordon de gauche.

A la face interne de la jambe droite, on sent un cordon de même nature, mais sa consistance est moins ferme qu'à la cuisse; on ne le perçoit qu'au niveau des deux tiers supérieurs de la jambe sur une longueur de 5 à 6 centimètres.

A la jambe gauche, rien de pareil sur le trajet de la saphène, qui est saillante, légèrement dilatée, mais reste souple, et ne laisse percevoir aucune induration.

Aux deux bras, les veines céphaliques et basiliques ont la consistance d'un cordon dur, ainsi que les veines du pli du coude; mais on ne perçoit rien de semblable sur le trajet des veines superficielles de l'avant-bras.

Signes fonctionnels. — Localement, au niveau des membres, le malade n'a jamais eu ni douleurs, ni fourmillements. La palpation des veines n'en révèle pas davantage. Pas d'œdème aux jambes.

Signes généraux. — Depuis huit jours, le malade accuse de la céphalée frontale. Vers trois heures de l'après-midi, il se sent pris de lassitude et d'envie de dormir.

Actuellement pas de fièvre.

Examen de la rate. — A la percussion, la rate est nettement hypertrophiée. Sa matité est perçue à partir du rebord des fausses côtes et remonte au niveau de la ligne axillaire sur une hauteur de dix centimètres environ.

11 mai. — A la face interne de la jambe gauche, sur le trajet de la saphène interne apparaît un cordon dur que l'on perçoit au niveau des deux tiers supérieurs de la jambe.

12 mai. — Prélèvement d'un fragment de la veine saphène interne au tiers supérieur de la cuisse.

23 mai. — Le malade sort de l'hôpital sans roséole, ni plaques.

Traitement. — Le malade prend par la voie buccale cinq milligrammes d'arséniate de soude par vingt-quatre heures.

Observation 3 (personnelle).

(*recueillie dans le service de* M. le Dr Thibierge).

Phlébite syphilitique secondaire.

Le nommé K.... R..., âgé de 19 ans, garçon de restaurant, se présente à la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis, le 19 mai 1910, pour un bouton qui est apparu le 15 avril dernier dans le sillon balano-préputial, à gauche du rein. Ce bouton était gros comme une petite lentille, de coloration rouge jambon, très douloureux à la pression, et non induré. En même temps, le malade constatait la présence de ganglions durs et indolores dans les deux aines, mais du côté droit, l'adénite était plus volumineuse. Ce bouton apparu le 15 avril 1910, était cicatrisé le 19 avril.

Le *19 mai*, le matin du jour où il vient consulter, il a vu pour la première fois des taches roses sur le tronc, qui ne sont autres qu'une

éruption de roséole. L'exploration des veines superficielles montre des lésions de phlébite qui vont être décrites.

C'est un jeune homme de 19 ans, très robuste, et que sa profession de garçon de restaurant oblige à une station debout prolongée. Dans ses antécédents rien à noter.

Il entre le 20 mai 1910, salle Devergie, lit n° 4, dans le service de M. le docteur Thibierge. L'examen de ses organes génitaux montre à gauche du frein, une cicatrice blanchâtre, arrondie, de la largeur d'une petite lentille, sans perte de substance, et nullement indurée. Dans les deux aines, la pléïade ganglionnaire classique, dure et indolore, persiste. Elle est nettement plus volumineuse à droite.

Actuellement, le malade est en pleine période secondaire, comme en témoignent la roséole, les ganglions de la nuque, la chute des cheveux et la céphalée, dont il souffre depuis trois semaines.

Examen des veines. — La palpation des veines superficielles des membres inférieurs montre, sur la face interne des deux cuisses, les veines saphènes internes indurées. Elles donnent la sensation d'un cordon uniformément résistant, d'un vaisseau injecté au suif, mobile sous la peau et sur les plans sous-jacents. Sur leur trajet ni rougeur, ni œdème, ni saillie appréciable à la vue.

Ces cordons commencent à l'endroit où la veine saphène interne se jette dans la veine fémorale, au milieu du triangle de Scarpa, et descendent le long de la face interne des cuisses, pour se prolonger à la face interne des deux jambes avec des cordons de même nature. Il est à remarquer que, le long de la cuisse droite, le cordon veineux est plus dur, plus nettement résistant. Il se différencie mieux des tissus environnants, et roule plus facilement sous les doigts qui explorent.

A la face interne des deux jambes, au niveau du bord interne du jumeau interne, on note à la palpation, sur le trajet de la veine saphène interne, des cordons de même nature, moins indurés toutefois qu'à la cuisse. Ces cordons veineux sont nettement perçus jusqu'à l'union du tiers moyen de la jambe avec le tiers inférieur. Le cordon perçu sur la jambe gauche est plus induré que celui de la jambe droite.

La veine saphène externe du côté gauche donne la même sensation de cordon dur, roulant sous le doigt comme un vaisseau injecté de suif. Ce cordon prend naissance au niveau du tiers moyen de la face postérieure de la jambe, chemine sous la peau dans l'interstice des deux jumeaux, et disparait à la partie supérieure du creux poplité, à l'endroit où la veine saphène externe se jette dans la veine poplitée.

A la face postérieure de la jambe droite, la saphène externe est normale et n'est pas perçue sous forme de cordon. Il est à remarquer que

plus on remonte vers le point d'abouchement des veines saphènes dans les veines profondes du membre inférieur, plus les lésions veineuses sont appréciables, plus les cordons sont indurés.

Membres supérieurs. — Sur les veines superficielles du bras et de l'avant-bras pas de traces de phlébite, les veines sont saillantes comme chez tous les sujets musclés, mais nullement indurées.

Signes fonctionnels. — Le malade n'a jamais ressenti ni douleurs, ni fourmillements dans les jambes. La palpation des veines malades n'est pas douloureuse.

Pas d'œdème des jambes. Pas de fièvre.

Rate. — A la percussion la rate se montre nettement augmentée de volume.

27 mai. — Prélèvement d'un fragment de veine au tiers supérieur de la face interne de la cuisse droite.

4 juin. — Au bras droit, sur le trajet de la veine céphalique, on constate un cordon induré sur une longueur de douze centimètres environ, donnant la même sensation de ficelle mouillée et tendue que donnent les cordons veineux des membres inférieurs. Depuis cinq jours le malade se plaint d'avoir dans le bras droit une pesanteur et une sensation de fatigue. Rien au bras gauche et aux avant-bras. Aux deux jambes les saphènes internes indurées sont perçues plus nettement et on peut les sentir jusqu'à la malléole interne. Les veines saphènes externes à la face postérieure de la jambe sont nettement indurées sur une longueur de huit à dix centimètres, mais le cordon est plus net, plus résistant du côté gauche.

La roséole persiste avec la même intensité. Les ganglions cervicaux et inguinaux ne se sont pas modifiés dans leur consistance et leur volume. La céphalalgie a disparu, pas de plaques muqueuses, la gorge est rouge, et on note que l'amygdale gauche est légèrement tuméfiée; le malade accuse d'ailleurs de ce côté un peu de gêne à la déglutition.

6 juin. — Même état des veines. La phlébite n'a pas envahi de nouveaux troncs. Le collier de Vénus se dessine. Plaques muqueuses sur le pharynx et l'amygdale gauche.

8 juin. — Le malade sort de l'hôpital.

Traitement. — Depuis le 2 juin, le malade a reçu tous les deux jours une injection intraveineuse de 0,01 centigramme de cyanure de mercure en solution aqueuse.

Observation 4 (personnelle).

(*recueillie dans le service de* M. le Dr Thibierge).

Phlébite syphilitique chez un jeune homme de 17 ans ayant un chancre de l'anus.

D.... Georges, 17 ans, terrassier, se présente à la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis, le jeudi 19 octobre 1910, pour une douleur de la région anale, qui date de huit jours, et une adénopathie inguinale bilatérale, surtout marquée à gauche, et qui est apparue en même temps que la douleur. Celle-ci, exacerbée par la défécation, est suivie d'un violent ténesme empêchant parfois le sommeil. Le malade nous apprend qu'un mois environ avant l'apparition de la douleur à l'anus et des adénopathies inguinales, il subit trois fois le coït anal en l'espace de quinze jours, et de la part de trois individus différents.

Il entre le 22 octobre 1910, à l'hôpital Saint-Louis, salle Devergie, lit n° 20, dans le service de M. le docteur Thibierge.

Examen du malade. — C'est un jeune homme de 17 ans, d'apparence un peu grêle, dont les muscles des membres supérieurs sont développés par le métier fatigant qu'il exerce. L'examen de l'anus montre, en déplissant la muqueuse, et en invitant le malade à relâcher son sphincter, une exulcération rouge vif, douloureuse à la pression, manifestement indurée, et située à droite et en haut de la région sphinctérienne; en profondeur, à un centimètre environ de l'orifice cutanéo-muqueux de l'anus : c'est un chancre syphilitique typique.

Dans l'aine gauche, un ganglion gros comme une noisette appartenant au groupe inféro-externe, dur, un peu sensible à la pression, roulant sous le doigt. Tout autour quelques ganglions moins volumineux, mais nettement indurés.

Dans l'aine droite, pléïade ganglionnaire plus discrète, mais ayant nettement les caractères de l'adénopathie syphilitique; malgré cela le malade a continué à exercer son métier de terrassier.

On ne voit ni roséole, ni plaques muqueuses, mais on constate de multiples petits ganglions à la nuque et dans les aisselles.

Antécédents. — Variole à 6 ans; scarlatine à 14 ans. Il y a six mois, trois chancres mous. C'est en examinant systématiquement les veines

superficielles des membres que nous découvrîmes des lésions qui vont être l'objet de cette description, le malade n'accusant ni douleur, ni pesanteur, ni fourmillements dans les membres.

Examen des veines. — La palpation des veines superficielles des membres inférieurs montre, sur la face interne des deux cuisses, les veines saphènes internes indurées. Elles donnent la sensation d'un cordon uniformément résistant, sans bosselures, d'un vaisseau injecté au suif, mobile sous la peau et sur les plans sous-jacents. Sur leur trajet, ni rougeur, ni œdème; mais quand le malade se tient debout, les veines deviennent saillantes sous la peau, sont perceptibles à la vue, et plus nettement indurées sous le doigt, ce qui est une preuve en faveur de la perméabilité des veines phlébitiques.

Ces cordons commencent à l'endroit où la veine saphène interne se jette dans la veine fémorale au milieu du triangle de Scarpa, descendent le long de la face interne des cuisses, contournent en arrière le condyle interne du fémur et le plateau tibial interne pour se prolonger à la face interne de la jambe sur le bord interne du jumeau interne.

Les cordons indurés disparaissent au tiers inférieur de la jambe, où les veines redeviennent souples. Il est à noter que les cordons veineux sont plus indurés sur tout le membre inférieur droit, à la cuisse comme à la jambe.

Les veines saphènes externes des deux côtés donnent, comme la saphène interne, la même sensation au doigt explorateur. Elles sont indurées, grosses comme une plume d'oie. Ces cordons prennent naissance au niveau du tiers moyen de la face postérieure de la jambe, cheminent sous la peau, dans l'interstice des deux jumeaux, et disparaissent à la partie supérieure du creux poplité, à l'endroit où la veine saphène externe se jette dans la veine poplitée.

Il est à remarquer que plus on remonte vers le point d'abouchement des veines superficielles dans les veines profondes du membre inférieur, plus les lésions veineuses sont appréciables, plus les cordons sont nettement perçus; c'est en relation directe avec le calibre des veines qui augmente d'autant plus qu'on se rapproche du point d'abouchement, ainsi qu'avec l'épaisseur des tuniques veineuses.

Membre supérieur. — Aux deux bras, les veines céphaliques sur une longueur de dix centimètres sont très indurées, sans traces d'inflammation locale; elles sont légèrement saillantes, et roulent sur le biceps. L'M veineux des deux côtés est légèrement induré; et l'induration se prolonge sur les veines radiales superficielles à l'avant-bras sur une longueur de cinq à six centimètres; mais les lésions sont moins nettes qu'au membre inférieur.

Signes fonctionnels. — Le malade n'a jamais ressenti ni douleur, ni fourmillements dans les jambes et dans les bras. La palpation des veines phlébitiques n'est pas douloureuse. Elles sont nettement perméables, et si avec le doigt, on chasse le sang vers le bout central de la veine, on voit ensuite affluer le sang de la périphérie qui vient remplir leur calibre et les faire saillir sous la peau. De même la compression du membre à sa racine rend les veines turgescentes. Pas d'œdème des jambes. Pas de fièvre. Pas de rougeur sur le trajet des veines. La rate n'est pas hypertrophiée, pas plus que le foie.

Le 28 Octobre 1910. — Injection de 606 dans les muscles des gouttières vertébrales en dedans de la pointe de l'omoplate. Élévation de température à 38°-39° pendant 9 à 10 jours. Douleur et tuméfaction locales.

4 Novembre 1910. — La douleur à l'anus a disparu; le chancre est en voie de cicatrisation; le ganglion inguinal gauche a diminué et est moins douloureux. L'état des veines s'est sensiblement modifié. Sur le membre inférieur gauche, les cordons sont à peine indurés, et à peine perceptibles, tandis qu'à la jambe et à la cuisse droites, les veines ne se sont pas modifiées, sont restées nettement indurées.

Des deux côtés les veines saphènes externes sont revenues à l'état normal de souplesse. Au bras droit, on ne perçoit plus d'induration, même sur le trajet de la veine céphalique qui semble être une des veines superficielles le plus précocement indurées, et où la résolution soit la plus lente.

Plus rien aux veines de l'avant-bras. Au bras gauche, seule la veine céphalique est restée indurée; l'M veineux du coude est redevenu souple, ainsi que la veine radiale superficielle. Ni roséole, ni plaques muqueuses, ni alopécie secondaire.

En dehors de sa syphilis, à noter que le malade a tous les signes objectifs et subjectifs de la gale et a dans l'aisselle gauche une hydrosadénite suppurée très douloureuse.

12 Novembre 1910. — Même état des veines. A la cuisse, et à la jambe gauche, on sent à peine les cordons indurés. Sur tout le membre inférieur droit, les cordons sont encore très nettement indurés. Au bras droit, les veines sont souples. Au bras gauche, seule la veine céphaline est indurée. Le chancre anal est en voie de cicatrisation Persistance des ganglions inguinaux. Pas de manifestation secondaire, pas de roséole.

21 Novembre 1910. — Au bras gauche, persiste une légère induration de la céphaline. A la cuisse, et à la jambe droites, on perçoit encore le cordon phlébitique, dont la résolution semble très lente. Pas de manifestation secondaire.

28 Novembre 1910. — Même induration légère à la céphalique du bras gauche.

Cuisse droite. — L'induration n'est plus guère perçue qu'au tiers moyen.

A la jambe droite. — Sur le mollet l'induration est à peine perçue. Le chancre anal qui était presque cicatrisé semble s'être ulcéré de nouveau. Le malade souffre en allant à la selle; il rend quelques glaires par l'anus; et on constate à cet endroit une ulcération qui n'est plus indurée, mais qui siège à l'endroit du chancre, et qui suinte légèrement. Aucune manifestation secondaire.

6 décembre 1910. — Le malade sort de l'hôpital; l'état des veines ne s'est pas modifié, même induration de la céphalique du bras gauche, et de la saphène interne, à la partie moyenne de la jambe.

Pas de manifestation secondaire, le chancre est cicatrisé.

Observation 5 (personnelle).

(*recueillie dans le service de* M. le Dr Thibierge).

Phlébite au stade du chancre, avant toute manifestation secondaire.

Le nommé T..... Marcel, âgé de 28 ans, plombier, se présente à la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis, le 21 octobre, pour une ulcération de l'extrémité du prépuce, qui est un chancre syphilitique apparu il y a trois semaines, 15 jours après un coït extra-conjugal.

Cette exulcération est située exactement à la partie inférieure et droite du prépuce. Ce bouton large comme une pièce de 20 centimes, est légèrement surélevé, plutôt oblong, arrondi, rouge vif et très induré.

Le malade porte à droite, et le chancre, en contact constant avec la peau de la partie supérieure de la cuisse droite, au milieu du triangle de Scarpa a déterminé une ulcération qui suppure et s'est recouverte d'une croûte noirâtre, pas d'induration à la base, c'est peut-être un chancre mou autoinoculé, car dans l'aine gauche on voit un bubon

très douloureux en voie de formation, ce qui permet d'affirmer que le chancre du prépuce est un chancre mixte.

Dans les deux aines, en plus du bubon, pléïade ganglionnaire dure, petite, indolore ayant tous les caractères de l'adénopathie syphilitique.

Il entre le 23 octobre 1910, à l'Hôpital Saint-Louis, salle Devergie, n° 27, dans le service de M. le docteur Thibierge. C'est un solide gaillard de 28 ans, dont tout le corps est bariolé de tatouages des plus pittoresques. Il exerce le métier de plombier, métier fatigant où il travaille toujours debout, et huit jours avant son entrée à l'Hôpital, il a cessé de travailler, le bubon qu'il a dans l'aine gauche lui occasionnant de trop vives douleurs.

Dans ses antécédents on relève de multiples accès de paludisme, pendant un séjour de cinq ans qu'il fit en Algérie. Pendant ce temps, il eut, il y a neuf ans, des chancres mous, avec bubons ulcérés, dont on voit encore les multiples cicatrices dans l'aine gauche.

Le malade n'est pas encore dans la période secondaire. Pas de roséole, ni de plaques, ni de chute des cheveux.

Examen des veines. — Bras droit : La veine céphalique sur une longueur de 10 cm est indurée, roule sur le biceps comme une plume d'oie, comme un vaisseau injecté au suif. Pas d'adhérences à la peau, ni aux muscles. Pas de rougeurs, ni de traînées pigmentées sur son trajet. La palpation n'est pas douloureuse.

L'M veineux du pli du coude ne présente pas de lésions de phlébite.

A l'avant-bras droit la radiale superficielle est légèrement indurée sur une longueur de 5 à 6 centimètres.

Au bras gauche, la veine céphalique présente des lésions de phlébite et le cordon veineux est en tous points analogue à celui du bras droit.

L'M veineux, la médiane céphalique, la médiane basilique et la radiale superficielle donnent aussi la sensation de cordons légèrement indurés.

Toutes ces veines sont perméables au courant sanguin de retour.

Aux cuisses, sur le trajet de la veine saphène interne, on sent à la palpation des cordons analogues qui commencent en haut du triangle de Scarpa pour descendre le long de la face interne de la cuisse. Ils ne sont plus perçus à 10 centimètres environ au-dessus de l'interligne articulaire du genou. Même aspect de vaisseaux injectés, mobiles sous la peau. Il est à remarquer qu'à gauche les veines sont plus indurées.

Aux deux jambes, on retrouve ces cordons à la partie moyenne du mollet sur le bord interne du jumeau interne en arrière du tibia sur une longueur de 12 à 13 centimètres.

Les saphènes externes sont souples et normales.

La veine dorsale superficielle de la verge laisse percevoir une induration légère le long de son trajet.

Examen des organes. —Le foie est normal.

La rate nettement hypertrophiée, comme on le constate à la percussion. Cette hypertrophie est peut-être due au paludisme, dont le malade subît les premières atteintes, il y a six ou sept ans. Pas de ganglions cervicaux.

Signes fonctionnels. — Le malade n'a aucunement conscience des lésions de phlébite que nous avons découvertes en les recherchant systématiquement chez les syphilitiques. Il n'a jamais ressenti ni douleurs, ni fourmillements le long des membres. Pas d'œdème des jambes. Pas de fièvre.

A partir du 28 octobre, injection intraveineuse de 0.01 de cyanure de mercure tous les deux jours.

4 novembre 1910. — Le chancre est presque cicatrisé, l'induration à la base persiste encore, les ganglions inguinaux sont encore durs.

Le bubon de l'aine gauche s'est ouvert le 29 Novembre. L'application de l'iodoforme a presque tari la suppuration. L'état des veines sous l'influence du repos et du traitement mercuriel s'est modifié.

Les cordons des cuisses persistent, mais sont moins indurés, ils tendent à reprendre leur souplesse.

Aux jambes, les veines saphènes internes sont encore perceptibles, un peu plus qu'aux cuisses.

Aux bras, seules les veines céphaliques ont gardé leur induration des premiers jours; pas d'amélioration sensible.

Aux avant-bras, et au pli du coude, les veines ont repris leur consistance normale, sont redevenues souples. Pas de roséole, ni de plaques muqueuses.

12 novembre. — Le chancre est complètement cicatrisé, le bubon inguinal gauche suppure toujours un peu. Les cordons veineux ne sont plus sentis aux cuisses, ils persistent aux jambes le long des saphènes internes, et ne se sont pas sensiblement modifiés.

Aux bras, seules les veines céphaliques sont encore très nettement indurées.

Le malade maigrit depuis son entrée à l'hôpital.

20 novembre. — Le malade sur sa demande sort de l'hôpital, le bubon inguinal gauche suppure toujours un peu. Les veines céphaliques des deux bras sont encore légèrement indurées.

Plus de lésions veineuses du membre inférieur.

Le malade depuis le 28 octobre a eu 12 injections intraveineuses de 0,01 de cyanure de mercure, à raison de une piqûre tous les deux jours.

Observation 6 (personnelle).

(*recueillie dans le service de* M. le Dr Thibierge).

Phlébite secondaire tardive.

Le nommé H....., Louis, âgé de 20 ans, employé de commerce, contracta en Algérie, pendant son service militaire une syphilis grave avec une femme indigène.

Le chancre apparut sous le prépuce le 12 avril 1910, fut cicatrisé 20 jours après, et fut accompagné d'adénopathies inguinales bilatérales surtout marquées à droite.

Au mois de juin, il eut la roséole et des plaques muqueuses de la bouche et du pharynx. En juillet, des syphilides ulcéreuses précoces sur le tronc, les membres, la face et le cuir chevelu, qui disparurent à la fin du mois d'août pour reparaître un mois après.

Depuis le mois de juin, le malade n'a pas pu se débarrasser de ses plaques buccales et de son angine syphilitique.

Renvoyé d'infirmeries en hôpitaux, il fut soigné en dernier lieu à l'hôpital militaire d'Amiens, où il fut réformé définitivement pour sa syphilis le 5 novembre 1910 et renvoyé dans ses foyers.

Le malade nous donne tout le détail du traitement qu'il suivit.

Au mois d'avril, dès l'apparition du chancre, il prit pendant 2 mois et sans interruption 0,10 centigrammes de protoiodure de mercure en pilules; du 1er juin au 26 juillet, il eut une série de piqûres d'huile grise à raison d'une injection hebdomadaire de 0,07 centigrammes de mercure.

Il se rappelle qu'à ce moment il eut des nodules dans les muscles fessiers qui furent douloureux.

Du 26 juillet au 30 août il reprit des pilules de protoiodure et de la liqueur de Fowler; du 30 août au 20 septembre, sans repos, on lui fit des piqûres d'huile grise.

Après un repos de trois semaines, du 15 octobre au 5 novembre, jour de la réforme, il eut des piqûres d'huile grise.

Malgré ce traitement mercuriel intensif, qui lui donna d'ailleurs de la gingivite, le malade avait encore des syphilides sur tout le corps, quand il se présenta le 10 novembre à la consultation externe de l'hô-

pital Saint-Louis, ayant une laryngite spécifique le rendant presque complètement aphone.

Depuis le mois d'avril, date d'apparition du chancre, il ne fit aucun travail pénible, restant le plus souvent au lit, tant à l'infirmerie qu'à l'hôpital.

Antécédents. — Il n'a jamais été malade, n'a pas eu les fièvres paludéennes. Depuis le mois de juillet, il est atteint de surdité complète de l'oreille droite. Il eut à ce moment des douleurs auriculaires et mastoïdiennes, mais n'eut jamais d'écoulement d'oreille.

Examen du malade. — C'est un grand garçon de 20 ans, bien constitué. La cicatrice du chancre est à peine visible sous le prépuce.

Sur le tronc, les membres, la face et le cuir chevelu, on voit de nombreuses syphilides papulo-croûteuses de toutes les dimensions, depuis celle du grain de mil jusqu'à celle d'une pièce de 5 francs. — Elles sont d'ailleurs en voie de cicatrisation.

L'examen de la bouche montre des plaques muqueuses buccales et pharyngiennes, une angine syphilitique rouge et de la gingivite assez prononcée. En plus de cela, le malade est atteint d'une laryngite, que l'examen laryngoscopique démontra être spécifique.

La roséole est encore apparente, le malade voit encore ses cheveux tomber, on trouve à la nuque de multiples ganglions durs et assez volumineux. Dans les deux aines, pléïade ganglionnaire dure, indolore, plus accentuée à droite, qui a persisté après la disparition du chancre.

Le foie est normal; la rate est augmentée de volume, comme le montre la percussion.

Examen des veines. — En palpant les veines superficielles des membres, on trouve au bras droit, sur le trajet de la veine céphalique, sur une longueur de 12 centimètres environ, un cordon induré qui roule sous le doigt comme un vaisseau injecté au suif sans adhérence à la peau, ni aux plans profonds. Sur son trajet ni rougeur, ni douleur.

La veine radiale superficielle droite à l'avant-bras est également indurée sur 5 à 6 centimètres, moins toutefois que la veine céphalique du bras.

Au bras gauche, la palpation de la veine céphalique décèle une légère induration bien moins accentuée qu'au bras droit; l'M veineux du pli du coude est souple.

Rien à l'avant-bras gauche.

A la cuisse gauche, sur le trajet de la veine saphène interne, on perçoit, à 4 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire du genou, un

cordon qui est induré sur une longueur de 10 centimètres en remontant vers la racine de la cuisse. Près de son embouchure, dans la veine fémorale profonde, la saphène interne est souple.

A la cuisse droite au-dessus du genou et à la face interne de l'extrémité inférieure de la cuisse, on sent un cordon plus nettement induré, sur le trajet de la saphène interne, et qui remonte jusqu'au tiers moyen de la cuisse.

Ces cordons ont les mêmes caractères de consistance et de mobilité que ceux que nous avons trouvés aux membres supérieurs.

Le malade n'a jamais eu de douleurs, ni de fourmillements dans les membres, qui auraient pu attirer l'attention du côté d'une phlébite.

Pas de fièvre. La rate est hypertrophiée.

17 novembre. — Injection de « 606 » dans les veines du pli du coude.

21 novembre. — Au niveau de la radiale superficielle du bras droit, sur une longueur de 8 centimètres, on constate un cordon veineux très induré et douloureux à la pression. Il est beaucoup plus dur et plus volumineux que les cordons veineux dus à la phlébite syphilitique.

Ce cordon est apparu trois jours après l'injection de 606, à l'endroit même où a été faite la piqûre. C'est là une inflammation veineuse et périveineuse surajoutée et toute accidentelle.

L'induration ne s'est pas propagée le long de la veine céphalique du bras droit, qui a conservé tous ses caractères d'induration plus molle que nous avions trouvés chez le malade il y a huit jours. Au bras gauche, on ne sent pas de cordon phlébitique.

A la jambe droite, les lésions sont restées stationnaires, on sent la même induration de la saphène sur la face interne du genou.

L'angine syphilitique est améliorée. Sur le pilier antérieur gauche du voile du palais, encore une plaque assez volumineuse. La voix est plus claire, les syphilides papulo-croûteuses du tronc, des membres et du front se dessèchent et pâlissent.

22 novembre. — Injection de « 606 » dans les muscles des gouttières vertébrales en dedans de la pointe de l'omoplate. Mouvement fébrile pendant 5 jours.

28 novembre. — L'induration veineuse provoquée par l'injection intra-veineuse de 606 au niveau de la veine radiale superficielle de l'avant-bras droit ne s'est pas améliorée.

Même état de la veine céphalique droite. L'état des veines phlébitiques de la jambe ne s'est pas modifié, mais sous l'influence du « 606 » la laryngite syphilitique a disparu, la voix est claire; plus d'angine,

ni de roséole, les syphilides du front ont presque disparu; celles des membres et du tronc s'améliorent, mais d'une façon plus lente; enfin les multiples ganglions volumineux de la nuque et des aines ont notablement diminué de volume.

8 décembre. — Le malade sort de l'hôpital très amélioré. L'état des veines ne s'est pas modifié depuis le dernier examen. La veine céphalique du bras droit est toujours légèrement indurée ainsi que la saphène interne à la face interne du genou.

Plus de laryngite, ni de roséole; les syphilides papulo-croûteuses ont presque complètement disparu.

Dans ce cas le « 606 » n'a pas eu d'action bien spéciale sur les phlébites, mais a été d'une remarquable efficacité contre les lésions cutanées et muqueuses.

Observation 7 (Georges Thibierge et Paul Ravaut)(1)

Phlébites syphilitiques secondaires multiples des membres.

Démonstration de la présence du Spirochaete dans la paroi veineuse par l'examen microscopique et par l'inoculation expérimentale au singe.

P. M....., garçon de café, âgé de vingt-neuf ans, entre le 25 février 1910 à l'hôpital Saint-Louis, pour des accidents syphilitiques secondaires.

Le début de sa syphilis remonte au mois de décembre 1909; à cette époque, il avait au niveau du menton un bouton qui fut coupé par le coiffeur le 15 décembre. Dès le 20 décembre, il se présentait à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, où on lui ordonnait des pilules de Dupuytren.

A son entrée à l'hôpital, il présente une éruption abondante de syphilides papuleuses, les unes à larges éléments, les autres de petites dimensions (syphilides folliculaires), des plaques syphilitiques de la verge, du scrotum et du pharynx. Il n'a ni céphalée, ni chute des cheveux.

Il s'agit en somme d'une syphilis assez banale, mais avec éruption cutanée abondante.

Le 7 mars, en examinant le malade, en explorant ses membres inférieurs, pour se rendre compte du degré d'infiltration des lésions syphi-

(1) Thibierge et Ravaut, *Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux*, 14 avril 1910, p. 342.

litiques, l'un de nous, en passant fortuitement la main à la face interne de la cuisse droite, constate la présence d'un cordon dur, du volume d'une plume d'oie, régulier, s'étendant sur les deux tiers inférieurs de la cuisse, suivant le trajet de la veine saphène interne. Ce cordon est peu douloureux. Le malade déclare cependant que depuis deux jours, il éprouve dans la jambe du même côté une certaine gêne et un peu de douleur, dont il se disposait à se plaindre. On peut, en effet, sentir à la face interne de la jambe, plusieurs cordons durs, présentant les mêmes caractères que celui de la cuisse, et correspondant aux veines superficielles. En aucun point, on ne trouve de rougeur, pas d'œdème du membre.

A la jambe gauche, bien que le malade n'éprouve aucune douleur, on constate un cordon semblable à celui de la jambe droite.

Le 8 mars, nous pratiquons l'extirpation d'un fragment de cinq centimètres de long, sur la veine saphène interne droite, entre deux ligatures.

Les jours suivants les lésions de la jambe gauche augmentent. la saphène interne indolore spontanément et à la pression, au niveau du mollet forme un petit tuyau de pipe qui se prolonge à la partie interne de la cuisse.

Le 17 mars, on constate la présence d'un cordon dur à la face antérieure de l'avant-bras droit, sur le trajet d'une veine superficielle.

Le malade n'a pas de fièvre, il se sent seulement un peu faible.

Le 21 mars, des lésions analogues commencent à se produire à la partie antérieure de l'avant-bras gauche.

Le 26 mars, le malade se plaint d'une douleur légère au niveau du pli du coude et du bras droit.

Les jours suivants le nombre des veines atteintes augmente au niveau des avant-bras.

Actuellement, les veines atteintes sont moins volumineuses, un peu moins fermes qu'au début, mais les cordons sont toujours perceptibles au niveau de toutes les veines précédemment enflammées.

Le malade a été soumis au traitement par les injections d'huile grise. Les lésions cutanées sont sensiblement atténuées.

Observation 8 (résumée) (Carlo Guattani. 1772) (1).

Homme de 30 ans, chez qui l'artère et la veine poplitées étaient épaissies et formaient un vaste sac anévrysmal. Cette lésion fut mise sur le compte du virus syphilitique : « *Se etiam venera lue laborasse.* »

(1) Guattani, *De externis anevrysmatibus...*, Rome, 1772.

Observation 9 (résumée) (Teissier. 1834) (1).

Inflammation des veines crurales et iliaques chez une femme atteinte de syphilis constitutionnelle et de larges et nombreuses ulcérations sur toute la surface du corps. La phlébite n'avait donné lieu à d'autre symptôme qu'à un œdème du membre inférieur gauche.

Observations 10, 11, 12 (Girdwood) (2).

Premier cas. — Malade observé en 1857. Syphilis datant de trois mois. Lésions secondaires de la bouche et du pharynx. Phlébite de la veine saphène interne droite. La phlébite se montre aussi à gauche, d'une façon symétrique.

Deuxième cas. — Un soldat contracte la syphilis. Deux mois après il présente une phlébite de la veine saphène interne du côté gauche. La veine du côté droit fut également atteinte.

Ce n'est qu'après, que se montrèrent les accidents secondaires du côté de la peau.

Troisième cas. — L'auteur donne ses soins au mois de juin 1860 à un syphilitique qui avait une phlébite de la veine saphène interne du côté gauche; comme dans les deux cas précédents, les lésions frappèrent aussi le côté droit.

Observations 13 (Greenhow. 1873) (3).

F... J.., âgé de 33 ans, négociant, vint me consulter en 1870; il était atteint à cette époque de tuberculose du sommet du poumon droit et d'une syphilis toute récente. Il présentait en même temps des macules cuivrées sur le dos et la poitrine. Je lui prescrivis du sirop d'iodure de fer, de l'iodure de potassium et de l'huile de foie de morue : en un an il se rétablit presque complètement.

Vers la fin de l'année 1872, il revint me voir. Il se plaignait d'insomnie, d'anorexie et de douleurs dans le dos et les membres. Il portait une

(1) Teissier, *Société anatomique*, 1834.

(2) Girdwood, *The Lancet*, 1860.

(3) Greenhow, *Transactions of the clinical society of London*, 1873, p. 143.

éruption à la jambe droite. Il ressentait en même temps une certaine raideur dans les mollets et les cuisses.

Le *4 janvier*, le malade présenta dans les muscles des mollets plusieurs petites tumeurs douloureuses; on notait une tumeur semblable au-dessous de l'angle de la mâchoire à droite.

11 janvier. — L'état s'est amélioré : les mollets sont moins douloureux; la petite tumeur de la mâchoire est fluctuante : on l'incise.

Les veines superficielles du membre inférieur droit sont atteintes; elles ont l'aspect de cordes dures; le membre est gonflé et douloureux. Au bout de quelques jours, cet état s'amenda. Cependant le 3 février suivant, quoique les veines de la jambe droite fussent presque normales, celles de la cuisse du même côté étaient toujours indurées et encore douloureuses ; les veines superficielles de la jambe gauche étaient atteintes de même.

Grâce au repos et au traitement spécifique, le malade était complètement guéri le 1er mars.

Observation 14 (Gosselin. 1880) (1).

Le 9 septembre 1870 est entré au numéro 1 de la salle Sainte-Vierge un jeune homme de 25 ans, qui, trois mois et demi après un chancre induré, présentait sur les cuisses, le ventre, le dos, et les bras, une syphilide vésiculo-papuleuse incontestable et, de plus, quelques tumeurs sous-cutanées mollasses, récentes, grosses comme des pois ou un peu plus, qui nous ont paru être des *gommes* à l'état de crudité.

Il y avait en un mot un mélange d'accidents secondaires et tertiaires. J'ai constaté de plus, sur les deux jambes, trois indurations allongées, sous-cutanées, deux sur la jambe droite, la troisième sur la gauche.

Elles correspondaient à la veine saphène interne ou à l'une de ses branches collatérales, avaient de 3 à 5 centimètres de longueur, et étaient douloureuses à la pression. Trois semaines après l'administration de la liqueur de Van Swieten (une cuillerée à bouche tous les matins) et de l'iodure de potassium à la dose de 1 à 2 grammes, toutes les indurations allongées avaient disparu en même temps que les gommes sous-cutanées, bien que la syphilide persistât encore.

(1) Gosselin, *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité*, 1880.

Observation 15 (Gosselin) (1).

Une jeune fille de 25 ans se plaint d'une douleur de la jambe gauche, avec de la difficulté de la marche produite par cette douleur et par l'impossibilité d'étendre complètement le genou. Rien du côté de l'articulation, ni du côté des muscles. Mais on constate un gonflement, très douloureux à la pression, sur la partie postérieure et supérieure du mollet. Ce gonflement est sous-cutané, à une assez grande distance de la peau et par conséquent sans adhérence avec cette dernière.

Il est allongé, long d'à peu près quatre centimètres et étroit d'environ un centimètre. Il est sans changement de couleur à la peau, sans empâtement superficiel et offre sur toute sa largeur une consistance très ferme. C'est un cordon dur, allongé, douloureux surtout à la pression et pendant la marche. La maladie à laquelle celle-ci ressemble le plus est la *phlébite avec thrombose*. En faveur de cette opinion on a, outre la forme allongée de l'induration douloureuse, cette circonstance que la lésion se trouve sur le trajet de la saphène externe, non loin de son abouchement dans la veine poplitée.

D'autre part on constate facilement, grâce à la roséole, à la céphalée, à l'adénopathie occipitale que la malade est en pleine poussée de syphilis secondaire. On peut donc conclure, en l'absence de toute cause de phlébite, que cette femme porte une *gomme* développée dans le tissu conjonctif qui forme la membrane externe et l'enveloppe de la veine saphène externe. Cette gomme phlébitique disparut en l'espace de quinze jours, sans avoir suppuré et sans que la veine ait conservé la moindre apparence d'oblitération persistante.

Observation 16 (Gayraud) (2).

C...., 23 ans, eut des rapports au mois d'août 1880 avec une femme suspecte. Vingt jours après son départ pour un voyage dans le Sud Oranais, il s'aperçut de l'existence d'une petite ulcération à la base du gland. Il entre à l'hôpital, où, pendant son séjour, il fut atteint de rhumatisme articulaire. Chancre et rhumatisme guérirent en moins d'un mois.

(1) Gosselin, *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité*, 1880.

(2) *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*. Montpellier, 1882.

Revenu en France il dut entrer à l'hôpital pour de la roséole, des adénopathies cervicales, de l'angine et de la laryngite spécifiques.

Le 22 *juin 1881.* — Sans cause appréciable, survient une fièvre intense qui oblige le malade à garder le lit. Le lendemain la fièvre est presque nulle. A ce moment C...., attire l'attention sur une douleur qu'il éprouve à la partie interne du bras droit, en arrière du biceps. Toute cette région est un peu rouge et légèrement tuméfiée; la douleur est assez vive pour rendre impossible l'examen par la palpation.

Le surlendemain on constate la diminution de la douleur et du gonflement; à la partie interne du bras droit, du pli du coude, jusqu'à la partie inférieure de la région axillaire, s'étend, au-dessous de la peau un cordon dur, sans nodosité, du volume d'une plume de corbeau, situé en avant de l'artère humérale, très douloureux à la pression.

Pas d'œdème de l'avant-bras.

Aucun engorgement des ganglions axillaires, ni du ganglion épitrochléen.

On diagnostique une phlébite adhésive de la veine basilique.

Le cordon devient de moins en moins volumineux et le 8 septembre il n'en reste plus aucune trace.

Observation 17 (Gayraud. 1882) (1).

D..., âgé de 31 ans, tanneur, entre le 1er mars 1882 à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi, porteur d'un chancre de la verge dont le début remonte à trois mois environ. Vers le 27 avril apparition de symptômes secondaires. Administration du traitement spécifique.

Le 7 *juillet.* — Le malade se plaint d'éprouver depuis la veille dans le membre inférieur gauche, une vive douleur nerveuse, sans cause appréciable. En examinant la partie inférieure et interne de la cuisse immédiatement au-dessus du genou, on y voit une rougeur diffuse et une tuméfaction douloureuse au-dessous de laquelle la palpation fait découvrir un cordon dur et volumineux de 12 centimètres environ. Au-dessus de ce point la peau présente sa coloration normale.

Le surlendemain la douleur est moindre, le gonflement est plus circonscrit, mais tout le long de la partie interne de la cuisse, on sent un

(1) *Gazette hebdomadaire des sciences médicales.* Montpellier, 1882.

cordon dur, très volumineux, situé sous la peau, à la place de la saphène interne et se prolongeant jusqu'à l'abouchement de cette veine dans la veine fémorale. Toute cette région est le siège de douleurs très supportables, qu'exaspèrent la pression ou le mouvement.

Au-dessus du tiers inférieur de la cuisse la peau présente sa coloration normale.

Sous l'influence du traitement, l'engorgement se résout peu à peu en commençant par les parties atteintes en dernier lieu, c'est-à-dire par la partie supérieure de la cuisse, car à la partie inférieure on sent encore pendant quelque temps un empâtement circonscrit.

Dès le 26 juillet le malade se lève sans éprouver de douleur, et vers le 15 août tout symptôme de phlébite a disparu.

Observation 18 (Bréda. 1889) (1).

Une paysanne de 28 ans fut infectée par un nourrisson, qui lui donna un chancre au sein. A son entrée dans la clinique de Bréda, elle présentait des plaques muqueuses aux grandes lèvres et sur les bords de la langue; elle se plaignait de douleurs dans le cou ainsi qu'au bras et à la jambe gauches : cette dernière était le siège d'un œdème notable. La malade avait la fièvre et ne pouvait ni marcher, ni se tenir debout. Au bout de quinze jours on constatait de l'œdème du pied droit et des deux mains; les mouvements des bras étaient douloureux.

On nota alors au niveau de la veine saphène interne gauche, de la basilique, de la céphalique et de la médiane du même côté, les lésions suivantes : ces veines sont rigides, épaisses, douloureuses au toucher. L'état s'améliore peu à peu par l'administration de sublimé et d'iodure de potassium. Elle put même quitter la clinique au bout de deux mois et les phlébites ne récidivèrent pas.

Bréda pensa à une phlébite syphilitique, par exclusion de la phlébite rhumatismale et de la phlébite spontanée. La guérison de ces accidents, coïncidant avec ceux de la peau, sous l'influence du traitement spécifique, corrobora cette opinion.

(1) Breda, *Revista veneta di scienze mediche*, 1889.

Observation 19 (Mauriac) (1).

Charles B..., 20 ans, d'une très bonne santé, contracte la syphilis. Syphilides généralisées à larges papules, quelques plaques muqueuses. Il ne se produisit ni phénomènes rhumatismaux, ni accidents nerveux.

Vers la troisième semaine de sa syphilis, le malade, qui vivait tranquillement dans sa chambre payante à l'hôpital du Midi, et marchait fort peu, ressentit une douleur assez vive dans le mollet de la jambe droite, qui devint peu de temps après dure et enflée au point que la station debout était presque impossible. Je ne sentis aucune veine oblitérée, mais je soupçonnai quelque phlébite profonde avec thrombose.

Cette affection n'était pas encore guérie, l'état syphilitique s'améliorait peu à peu, lorsque, deux mois après, des douleurs se manifestèrent dans le bras droit. En le palpant, je constatai que les veines sous-cutanées à la face interne du bras étaient oblitérées, dures, douloureuses, avec des traînées rouges de la peau sur leur trajet. La phlébite avec thrombose était évidente. Elle s'accompagnait d'un engourdissement et surtout d'un œdème considérable de tout le membre correspondant.

L'embonpoint n'avait pas diminué; la santé restait toujours très bonne. Le malade sortit sans être guéri complètement ni de ses deux phlébites, ni de sa syphilis.

Mais il revint au bout d'un mois (5e mois après le chancre), pris de douleurs qui occupaient cette fois la cuisse du côté droit. La phlébite n'était pas douteuse, car sur sa face interne existaient depuis le genou jusqu'à l'aine des traînées rouges de la peau, au-dessous desquelles on sentait de gros cordons durs, moniliformes, provenant de la thrombose des veines sous-cutanées.

Au bout de huit jours, disparition des phénomènes aigus, mais persistance de l'œdème aux membres inférieurs et de la coloration foncée du tégument.

Rien ne peut m'expliquer cette succession de phlébite et de thrombose spontanée, qui semblaient résulter d'une sorte de dyscrasie veineuse, née sous l'influence de la diathèse syphilitique.

Les phlébites, les tromboses, les œdèmes disparurent à la longue; au bout de six mois il n'en existait plus trace.

(1) Mauriac, *Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire*, 1890, p. 832.

Observation 20 (Charvot) (1).

Phlébite de la V. Saphène int. gauche survenant chez un syphilitique à la fin de la période secondaire.

(Coïncidence d'une orchite syphilitique. — Sous l'influence du traitement spécifique, guérison de ces accidents).

L..., Albert, 23 ans, entre le 15 juillet 1890 à l'hôpital Saint-Martin. Chancre induré vers le milieu de 1889. Accidents secondaires. Dans les premiers jours de juillet 1890, douleur assez vive dans la jambe gauche. A son entrée on constate une phlébite de la veine saphène interne gauche.

Tout le long de la face interne de la jambe, rampe une traînée rougeâtre à bords déchiquetés, et les doigts perçoivent aisément sur le trajet anatomique de la veine, un cordon induré, douloureux, plus rempli au devant de la malléole et de la face interne du mollet où il prend la grosseur du doigt. Un léger œdème empâte le cou de pied. Douleurs assez vives le jour et la nuit. La phlébite se complique d'un peu de lymphangite et d'adénite symptomatique; les ganglions sont engorgés et douloureux à la pointe du triangle de Scarpa. Légère réaction fébrile; pendant deux jours, la température s'élève de quelques dixièmes de degré au-dessus de la normale, puis retombe à 37°. Le soldat est donc en puissance de syphilis; ses antécédents le prouvent, il porte même sur la poitrine une roséole, dont la couleur cuivrée en décèle à première vue la nature spécifique; donc phlébite syphilitique.

Traitement mixte. — Ki_{a} = 2 grammes. Onguent mercuriel, enveloppement avec une couche de ouate, et deux jours après (4 août), la jambe est presque complètement dégorgée. Sur la face interne du mollet les renflements douloureux de la saphène ont disparu. Cependant la phlébite continue sa marche ascendante ; le long de la face interne de la cuisse une traînée rougeâtre dessine le trajet de la veine enflammée. Le cordon induré et douloureux remonte jusqu'à la pointe du triangle de Scarpa. Vers le 10 août la phlébite se résout sans laisser de trace.

(1) Charvot, *Revue de chirurgie*, 1891.

Observation 21 (Charvot. 1891) (1).

Phlébite syphilitique survenant pendant la période des accidents secondaires, chez un homme opéré d'un petit abcès à la base de la verge.

(*Difficulté de trouver la porte d'entrée du virus syphilitique. — Caractères particuliers de l'inflammation veineuse. — Traitement spécifique. — Guérison rapide*).

M..., soldat, 23 ans, entre le 9 août 1890 à l'hôpital Saint-Martin.

Kyste suppuré de la base de la verge. Vers le 10 septembre le malade se plaint d'une douleur vive au côté interne du genou gauche. Des tiraillements douloureux le long de la face interne de la cuisse gauche gênent la marche et même la station debout. Aucune rougeur à la peau; un peu d'œdème engorge les malléoles. En palpant la veine, les doigts sentent à la partie supéro-interne un cordon dur, douloureux à la pression, qui correspond au trajet de la veine saphène interne. Enveloppement dans des compresses de sublimé à 1/1000.

Dès les jours qui suivent, le cordon douloureux s'allonge, descendant le long de la face interne de la cuisse, et gagne le genou. Il est plus volumineux, à contours moins nets. L'œdème périmalléolaire augmente peu. Le malade se plaint de *douleurs* vives qui l'éveillent la *nuit* et l'empêchent de dormir; il ne peut ni marcher, ni se tenir debout. Il est facile de reconnaître une phlébite des mieux caractérisée, mais il est moins aisé d'en préciser la cause. On ne peut invoquer le traumatisme, (l'homme est couché depuis un mois); aucune inflammation de voisinage n'a pu se propager à la saphène. Le début insidieux de la phlébite prouve sans doute son origine virulente, mais quelle infection jusque-là latente est venue se fixer sur les parois de la veine ? On n'a pas affaire à un convalescent de fièvre grave et dans les antécédents on ne trouve aucune diathèse.

Mais en découvrant le malade, on trouve sur le tronc et sur les bras une roséole caractéristique de la syphilis. Le malade dit avoir découvert la roséole dès les premiers jours du mois d'août, avec mal de gorge; c'est-à-dire en même temps que le kyste suppuré de la verge.

(1) Charvot, *Revue de chirurgie*, 1891.

Pour affirmer le diagnostic on laisse l'affection évoluer pendant quelques jours. Cordon induré à la face interne du mollet gauche. Point douloureux à la face interne du genou droit. La douleur *s'exaspère la nuit*, empêchant tout sommeil.

Traitement mixte. Amélioration presque immédiate.

Guérison complète le 16 octobre.

Observation 22 (Richard d'Aulnay) (1)

Homme de 25 ans. Chancre de la racine de la verge constaté le 12 novembre 1893.

Le 2 *janvier 1894*. — Le malade présente une pleurésie droite. Le 11, il a de l'ictère. Le 20 la pleurésie et l'ictère sont en résolution, mais le malade se plaint de sa jambe gauche surtout au niveau du creux poplité. Il existe un léger œdème.

Le 23. — La jambe et le pied sont enflés, très douloureux.

Le maximum de la douleur se montre au niveau du creux poplité.

Diagnostic. — Phlébite syphilitique.

Traitement mercuriel.

Le *4 février*. — Guérison.

Observation 23 (Cautru. *France médicale*, 1892).

On note dans les antécédents du malade une fièvre typhoïde en 1886, et une attaque de rhumatisme articulaire en 1888.

Le *2 février 1891*, D... se présenta à la consultation de l'hôpital de la Pitié pour un mal de gorge avec légère céphalée, survenue sans frissons, ni fièvre. On lui prescrit des pilules de protoiodure d'hydrargyre et une potion à l'iodure de potassium. Sous l'influence de ce traitement, une amélioration rapide s'est produite.

Le *12 février*, réapparition des mêmes symptômes accompagnés cette fois de frissons et de fièvre.

Il se présente alors à l'hôpital Saint-Antoine, où il est admis d'urgence le 14 février.

(1) *Annales de dermatologie*, 1896

A l'examen du malade, on constate : hypertrophie des amygdales avec dépôts blanchâtres, adénopathie sous-maxillaire. De plus chancre induré de la lèvre supérieure et roséole. On institue le traitement spécifique.

A ce moment (*20 février*), le malade est repris d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, affectant particulièrement les poignets et les coudes. Tuméfaction des tissus péri-articulaires, surtout du côté gauche. T. 39°. On prescrit, salicylate de soude : 4 grammes.

Le 22, légère amélioration. Mais on observe de chaque côté, à la face interne des cuisses, immédiatement au-dessus du condyle du fémur, une rougeur diffuse avec tuméfaction douloureuse.

Le 23. — Douleurs disséminées à toute l'étendue des deux membres inférieurs et rendant tout mouvement impossible.

Les douleurs sont localisées, non pas aux articulations, mais à la face interne des cuisses. Température 39°3.

Le 24. — La lymphangite a en partie disparu, mais on constate l'existence d'un cordon dur, très douloureux, inégal, rouge sombre, sur le trajet des veines saphènes internes.

En somme, phlébite des deux saphènes. Le 28, les douleurs disparaissent. La phlébite ne persiste plus que du côté gauche; la fièvre est tombée.

Le *15 mars*. — Plus de trace de phlébite. Le 22, le malade se lève, il ne ressent plus aucune douleur dans les jambes.

Observation 24 (Falkenberg) (1).

Phlébite et rhumatisme syphilitiques

Le malade présente une lésion de la veine basilique au niveau des deux tiers supérieurs de l'avant-bras droit. La veine est en forme de cordelet dur, de la grosseur d'une plume d'oie, irrégulièrement bosselé, très douloureux à la pression. Elle ne se laisse pas vider par la pression, la peau au-dessus est rosée. Le malade a eu un chancre induré à la verge il y a deux mois et demi, dont il reste une induration appréciable; à la face et sur le corps, il existe des papules lentiformes; les articulations sont atteintes.

(1) Falkenberg (A.), *Un cas d'inflammation syph. des veines et de rhumatisme syph. Conférence de l'hôpital militaire de Kiew, in Vratch*, 1892, n° 49.

Après vingt frictions mercurielles, les papules ont disparu ainsi que l'épaississement de la veine. La phlébite était donc, sans conteste, d'origine syphilitique, et développée dans la période secondaire.

L'affection articulaire présente les symptômes suivants : gonflement péri-articulaire, épaississement des épiphyses, fièvre et douleurs aiguës. Tous ces phénomènes ont persisté longtemps. Après les vingt frictions, les douleurs rétrocédèrent, mais reparurent bientôt avec la même intensité. Le salicylate de soude, l'antifébrine, etc... sont restés sans effet. Le malade s'est amélioré après avoir pris de la décoction de Littmann et de l'iodure de potassium. Il s'agit ici d'un cas de *pseudo-rhumatisme syphilitique d'A. Fournier*, dont les symptômes sont ceux du rhumatisme articulaire aigu; mais qui ne cède à aucun traitement, sauf le traitement spécifique.

Observation 25 (Mendel) (1).

J. Ferdinand, âgé de 22 ans, entre le 2 juillet 1893 dans le service de M. le Professeur Fournier. Il était alors en pleine syphilis secondaire. Le chancre initial était apparu le 20 mai. Il était couvert d'une syphilide ulcéreuse superficielle généralisée.

A la fin du mois de juin, à la suite de fatigues, le malade avait ressenti une douleur localisée à la partie supérieure et interne de la jambe gauche. On sent là à la palpation, très nettement, deux petites nodosités, un peu douloureuses reliées par un cordon dur, très court.

A la jambe droite on pouvait sentir nettement l'existence d'un cordon dur, cylindrique, moniliforme par places, roulant sous le doigt, correspondant à la situation de la saphène interne.

Cette veine n'était pas atteinte dans la totalité de son trajet. L'induration était manifeste au niveau de la malléole interne, dans une étendue de quatre à cinq centimètres. Elle ne reparaissait qu'à un travers de doigt au-dessus du genou et continuait alors jusque dans la région inguinale.

Au bras gauche la médiane basilique et la médiane céphalique étaient atteintes de même.

La première était indurée dans toute la région du coude; soit sur une longueur de 10 à 12 centimètres.

Elle présentait sur son trajet trois petits renflements sphériques qui correspondaient sans doute aux valvules.

La médiane céphalique était atteinte de la même façon.

(1) *Archives générales de médecine*, 1894.

Au bras droit, la veine céphalique seulement était atteinte de phlébite; on la sentait notablement indurée au niveau du tiers moyen du bras.

Au moment de notre examen, les régions atteintes étaient douloureuses à l'occasion des mouvements et à la palpation; la peau était saine au niveau des veines atteintes. Mais le malade nous dit fort nettement qu'à l'apparition des lésions, chacune des régions malades avait présenté pendant quelques jours de la rougeur diffuse, et des traînées congestives correspondant au trajet des phlébites. A aucun moment, il n'y eut de gonflement.

Notre malade fut soumis au traitement spécifique; il prit par jour 0 gr. 10 de protoiodure de mercure et 3 gr. d'iodure de potassium. L'état resta stationnaire jusqu'au milieu du mois de septembre environ. A ce moment on sentit l'induration diminuer insensiblement, en même temps que la palpation ne réveillait plus aucune douleur.

27 septembre. — Au bras gauche, l'induration de la veine médiane céphalique n'existe plus qu'au-dessous de l'articulation du coude, dans une étendue de 4 à 5 centimètres. La médiane basilique est normale. Le bras droit ne présente plus de phlébite.

A la cuisse droite, on ne perçoit plus, dans le tiers moyen, qu'une faible induration de la saphène interne.

8 octobre. — Le malade, sorti de l'hôpital, a trouvé une place de garçon de magasin; il a frotté et ciré le parquet. Lorsqu'il se représente à nous, nous constatons une **récidive généralisée** de ses phlébites. Cette fois, l'atteinte est plus sévère. Il n'y a ni rougeur, ni œdème, mais on peut constater à la palpation que toutes les veines superficielles des membres, sauf celles de la main, sont indurées. Aux deux membres inférieurs, la saphène interne depuis la malléole jusqu'à l'aine sont prises. Les saphènes externes sont également transformées en cordons durs.

Le membre inférieur gauche, qui avait été à peu près épargné lors de la première atteinte, est actuellement frappé au même degré que le membre inférieur droit.

1er novembre. — Les veines superficielles du bras sont plus souples et moins dures; aux membres inférieurs même état.

10 novembre. — Presque toutes les veines des membres inférieurs sont actuellement normales. Au membre inférieur gauche, la saphène externe a retrouvé sa souplesse ordinaire. La saphène interne est moins indurée. Au membre droit, la saphène externe est plus souple, la saphène interne garde sa dureté.

Observation 26 (Mendel) (1).

Phlébite et Myosite syphilitiques.

Malade âgé de 32 ans, a déjà eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu; il y a deux mois il a eu la syphilis; son chancre situé à la face inférieure de la nuque n'est pas encore complètement cicatrisé. Néanmoins la roséole et les syphilides muqueuses ont déjà fait leur apparition. Deux mois après le chancre le malade a, en outre de la myosite multiple précoce, de la phlébite syphilitique. On constate facilement par la simple palpation que les saphènes internes sont transformées dans leur trajet jambier en des cordons durs, roulant sous le doigt, douloureux. De même les veines des bras et avant-bras ont subi la même transformation. Ici elles transparaissent sous la peau et nulle erreur n'est possible quant à la détermination de la lésion.

On donne le traitement mixte et au bout de peu de temps, toute trace de phlébite a disparu.

Observation 27 (Lang, 1897).

Cet auteur a observé dans son service de clinique, chez un homme de 26 ans, présentant sur beaucoup de points des manifestations syphilitiques secondaires, une phlébite des deux saphènes internes avec périphlébite du côté droit. La guérison complète survint après trois mois de traitement mixte.

Observation 28 (Lang) (2).

Phlébite noueuse chez une femme.

J. R..., 31 ans, journalière, après avoir été déjà traitée, présente de nouveau un écoulement des organes génitaux et en même temps une ulcération. Un an après, le 19 mars 1895, elle revient et on cons-

(1) *Archives générales de médecine*, 1894. *Société de dermatologie*, 1895.
(2) Lang, *in Thèse Collinot*, Paris, 1901.

tate à la grande lèvre droite une tuméfaction unique, de la grosseur d'un pois, rouge sombre, dure, ulcérée superficiellement; à gauche, la grande lèvre est infiltrée de même dans sa moitié inférieure. Plusieurs endroits infiltrés sur la petite lèvre droite. Écoulement du vagin abondant, blanc et épais. Des 2 côtés de l'anus, plusieurs indurations ulcérées de la grosseur d'une noisette. Les ganglions inguinaux sont légèrement augmentés de volume des deux côtés.

A la partie interne de la jambe droite, il y a une bande indurée, de la largeur du pouce et profondément changée de couleur. Elle se laisse suivre comme un cordon continu depuis la malléole interne jusqu'au jarret et ne peut être rapportée qu'à l'inflammation de la veine saphène interne. — Faisant suite à cette altération, cette corde vasculaire se laisse suivre à la partie interne de la cuisse. Là, elle paraît souvent interrompue par des ectasies ampullaires, et la peau qui la recouvre a tendance à un changement de coloration sous forme de bande. L'infiltration et la sensibilité à la pression sur la veine est moindre à la cuisse qu'à la périphérie. Le long du tibia, un œdème modéré.

Traitement. — Pilules grises 3 à 6 par jour en augmentant. Emplâtre cinereum le long de la veine malade. Traitement local des papules. Au 4 avril, forte involution des papules, l'induration de la veine a disparu, le changement de coloration est considérablement modifié. Le 16 avril, après une diminution rapide de toutes les manifestations, la malade ayant pris 150 pilules sort guérie.

Observation 29 (Heuzard) (1).

L... Marie, 29 ans, entre le 16 novembre 1897 dans le service de M. le professeur Landouzy.

Gommes syphilitiques du tibia. Phlébite de la veine saphène interne. Le long de la face interne de la jambe jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du condyle interne, on sent un cordon dur, moniliforme par place, roulant sous le doigt. Cette induration est marquée surtout au niveau du mollet et à la partie interne du genou.

Pas de rougeur à la peau, mais un léger œdème dur et brillant empâte le cou de pied et la partie postérieure de la jambe. Toute cette région est le siège de douleurs supportables plus vives à la pression et *pendant la nuit*.

(1) Heuzard, *De la phlébite syphilitique, Thèse de Paris*, 1898.

Pas de douleur dans les ganglions de l'aine. Enfin la marche est presque impossible; l'extension de la jambe sur la cuisse est incomplète, de même aussi la rotation en dehors et en dedans.

Au bras droit la médiane céphalique et surtout la médiane basilique sont atteintes également, et en même temps qu'un œdème douloureux à la pression on constate au niveau des veines une induration de quelques centimètres de longueur. La douleur est surtout manifeste à la partie interne du coude; d'ailleurs les mouvements sont très difficiles; il n'y a pas d'œdème, mais le biceps huméral est atrophié, atrophie masquée par une adipose considérable. Pas de réaction fébrile; aucune cause interne ou externe occasionnelle ou dyscrasique autre qu'une syphilis ignorée de la malade ne peut être invoquée.

Traitement : KI : 3 gr.; enveloppement ouaté.

20 Novembre. — Sous l'influence du traitement, la malade a éprouvé un grand soulagement; les douleurs spontanées nocturnes sont beaucoup moins intenses et l'engorgement de la jambe droite se résout peu à peu.

28 Novembre. — Amélioration du côté droit de plus en plus grande, mais depuis deux jours la jambe gauche à son tour est devenue douloureuse; en la palpant on constate à la partie interne que les veines sont oblitérées en partie; un début de phlébite est évident et elle s'accompagne d'un œdème peu marqué.

KI : 6 grammes.

10 Décembre. — Disparition de toute douleur; encore un peu d'œdème; au niveau des veines atteintes l'induration persiste.

15 Décembre. — La malade sort.

Observation 30 (Handford. 1892) (1).

Phlébite chronique.

C'est un malade de 30 ans qui se présente à la consultation de Handford. Il offre de l'albuminurie intermittente, avec de l'hypertrophie cardiaque, accompagnée d'hypotension artérielle, d'endartérite oblitérante et de phlébite. Celle-ci siégeait sur les deux saphènes externes et sur quelques branches de la saphène interne qui étaient devenues des cordons durs, roulant sous le doigt. Le malade dit avoir eu la syphilis il y a quelques années.

(1) *London Clin. Soc.*, 11 novembre, *Bulletin médical*, 23 nov. 1892.

Le traitement antisyphilitique mixte (mercure et iodure) produisit une grande amélioration dans l'état du malade; la tension artérielle devint normale et la phlébite, sans disparaître complètement, était devenue moins accentuée.

L'inflammation des veines était donc sous la dépendance de l'infection syphilitique.

Observation 31 (résumée) (Barbe) (1).

Deux cas de phlébite secondaire dont un avec œdème.

Barbe a eu l'occasion d'observer deux cas de phlébite syphilitique secondaire, dont un cas avec *œdème* considérable de la jambe gauche.

Après une compression ouatée de quinze jours, le repos au lit et un traitement intensif iodo-hydrargyrique, les manifestations phlébitiques étaient très atténuées.

Observation 32 (Fournier et Loeper) (2).

Ce cas a trait à un homme de 40 ans qui contracta la syphilis en septembre 1898 et qui se présenta dans le service avec les phénomènes suivants : éruption papuleuse discrète sur le tronc et les membres d'une part, et d'autre part tuméfaction allongée siégeant à la partie interne de la cuisse gauche. Les caractères de l'éruption n'étaient point douteux; c'était une syphilis secondaire typique; d'ailleurs il y avait encore sur le dos de la verge la cicatrice indurée du chancre.

Au niveau de la cuisse la peau était très légèrement rosée; à la palpation on percevait un empâtement limité, un cordon moyennement dur de dix centimètres de long sur un centimètre de large, sur le trajet même de la veine saphène interne. Cet empâtement, fort peu douloureux à la pression, se continuait sous la forme d'un cordon gros comme un crayon, à peu près, en haut, jusqu'à quatre centimètres de l'arcade crurale, en bas jusqu'à la malléole interne où il était plus nette-

(1) Barbe, *France Médicale*, n° 32, 1898, *Journal des Malad. Cut.*, 1899, p. 183.

(2) *Société de Dermatologie*, 1899.

ment perceptible qu'à la jambe. L'idée d'une inflammation de la veine saphène interne venait forcément à l'esprit.

Les phénomènes généraux étaient nuls, les phénomènes fonctionnels également ; point d'œdème, ni de circulation collatérale. La lésion n'atteignait donc très probablement pas les veines profondes, de plus elle devait être plutôt de la périphlébite que de la phlébite vraie.

L'apparition de ce cordon avait précédé de deux jours l'apparition des taches papuleuses, fait que Mendel signale dans son mémoire.

Le lendemain de notre examen, la veine saphène toute entière avait l'aspect d'une grosse ficelle tendue peu douloureuse. Elle était dure, non déformée.

Deux jours après, pendant que la lésion précédente évoluait, la saphène externe se prit à son tour à la jambe gauche, puis à la jambe droite.

Enfin la saphène interne du côté droit devint grosse et dure à son tour.

En palpant le pli du coude de notre malade, nous perçumes nettement les mêmes lésions sur la médiane céphalique, sur la veine radiale superficielle, surtout du côté droit. La première présentait trois petites bosselures grosses comme une lentille.

Toutes ces lésions évoluaient sans fièvre, sans troubles circulatoires, sans lésions du tissu cellulaire périveineux, sans réaction phlegmasique, ni douloureuse.

Le traitement spécifique fut institué : 4 grammes d'iodure de potassium, deux pilules de protoiodure, et en six jours la lésion première, le cordon de la cuisse disparut; mais les veines restèrent dures encore une quinzaine de jours.

Actuellement encore la saphène externe est plus dure que normalement.

Observation 33 (Fournier et Loeper) (1).

Le nommé D..., âgé de 22 ans, est entré pour des syphilides palmaires et plantaires absolument typiques et datant de cinq semaines. Il se plaint depuis quatre jours de faiblesse des membres inférieurs et surtout d'une tuméfaction siégeant au niveau de la naissance du tendon

(1) *Société de Dermatologie*, 1899.

d'Achille des deux côtés. En ce point il existe en effet deux nodules gros comme un petit œuf de pigeon, empâtés et moyennement durs et douloureux. Ces nodules siégeant sur le trajet de la saphène externe, les extrémités se continuent par un cordon, une ficelle double jusqu'au creux poplité. La saphène interne visible comme une petite corde sous la peau est également prise dans toute son étendue et très dure. Sur certains points on perçoit de légères nouures peut-être dues aux valvules des veines. Trois jours après notre examen, les veines radiales superficielles, médianes superficielles, céphaliques se prirent dans les mêmes proportions sur les deux membres supérieurs et la *tégumenteuse abdominale* même, du côté gauche, était injectée.

En aucun point il n'existait de douleur, d'œdème, ni de circulation collatérale, une simple sensibilité un peu plus nette que normalement quand on roule la veine entre les doigts.

Le traitement spécifique mixte fut institué et trois semaines après son entrée à l'hôpital notre malade ne présentait plus qu'une flexibilité un peu moindre de sa saphène interne gauche.

Observation 34 (Bondésio et Montius) (1).

G..., 31 ans, garçon coiffeur, vient consulter à l'Hôtel-Dieu le 4 avril 1899 pour des accidents secondaires multiples de la bouche et du pharynx. La syphilis remonte à cinq mois.

Il se plaint d'une douleur peu vive au niveau du mollet; mais ce qui l'inquiète, c'est que depuis cinq ou six jours « il lui a poussé une grosseur. » En examinant la jambe du malade nous découvrons une tuméfaction en forme de cordon, siégeant à dix centimètres du pli de flexion, sur le trajet de la veine saphène externe. La veine est indurée sur une étendue de trois à quatre centimètres.

Il n'y a pas de changement de coloration du membre.

On prescrit le repos. Pilules de protoiodure, 0,09 centigrammes.

Un mois après le malade était guéri de sa phlébite. L'induration veineuse était à peine perceptible.

(1) Bondesio, *Thèse de Paris*, 1899.

Observation 35 (Thibierge et Monthus) (1).

D..., Ernest, âgé de 31 ans, plongeur, entre le 17 mars, salle Monneret, à la Pitié. Le malade est de bonne santé habituelle; on note dans ses antécédents une blennorrhagie il y a pas mal d'années.

Il était entré à l'hôpital parce qu'il « *souffrait des jambes* ». A l'examen on note un léger œdème de la région malléolaire droite. Sur la jambe droite suivant le trajet de la saphène interne on perçoit une induration d'une longueur d'environ douze centimètres. La peau à ce niveau ne présente pas d'altération dans sa coloration. Sur la jambe gauche il existe également sur le trajet de la veine saphène interne une tuméfaction, mais moins marquée, moins étendue.

Le diagnostic porté dans le service fut : Phlébite d'origine probablement rhumatismale, le malade nous ayant dit avoir éprouvé également quelques vagues douleurs du côté des articulations des membres inférieurs.

M. Thibierge examinant la malade nous fait alors remarquer sur la poitrine et les flancs une éruption discrète de petites taches rosées ou jaunâtres, non saillantes. L'examen au verre bleu rend l'éruption plus apparente. Il s'agissait d'une roséole. Interrogé dans cette voie, le malade ne fait aucune difficulté pour avouer qu'il a été au mois de janvier porteur d'une ulcération siégeant au niveau du frein. Cette ulcération, à laquelle le malade n'avait pas attaché grande importance, s'était cicatrisée assez rapidement.

Le malade est traité par les injections d'huile au calomel. Sous cette influence les lésions veineuses s'amendent rapidement.

Pendant son séjour, il présenta du côté des muqueuses buccale et linguale des manifestations syphilitiques secondaires.

Le malade sort le 6 mai ne présentant plus qu'une légère induration sur le trajet de la veine saphène interne du côté droit.

Observation 36 (Thibierge et Monthus) (2).

François B..., âgé de 41 ans, débardeur, se présente le 18 avril 1898 à la Polyclinique dermatologique de la Pitié, avec une phlébite double

(1) G. Thibierge, *Festschrift von Neumann in Wien*, 1900.

(2) G. Thibierge, *Festschrift von Neumann in Wien*, 1900.

des veines superficielles des membres inférieurs et une syphilis manifeste. Il a eu en 1886 la fièvre typhoïde. Pas de rhumatisme.

Le coït infectant remonte, d'après le malade, aux premiers jours du mois de janvier. Vers le milieu de février il a remarqué, « qu'il lui était poussé des boutons sur le scrotum. » Il y a quelques jours il s'est aperçu, en prenant un bain, qu'il avait une « éruption de sang ».

Le malade, qui était d'une santé robuste, avait vu pendant ce temps ses forces décliner.

Il se fatiguait très vite, il était contraint de prendre de temps à autre du repos pendant qu'il travaillait.

Pendant quelques jours il eut à fournir un effort plus considérable qu'à l'ordinaire. Chargé de débarrasser de pierres un bateau, il devait constamment monter et descendre avec une forte charge les échelons d'une petite échelle qui donnait accès sur le quai. Il se sentait très fatigué et se plaignait de douleurs au niveau des mollets et des cuisses. Le soir, en revenant de son travail, il éprouvait de la difficulté à quitter ses chaussures.

Il s'aperçut qu'il lui était venu à la partie interne de la cuisse droite « des durillons. »

Le malade est porteur d'une abondante éruption d'éléments papulo-squameux qui donnent à sa peau un aspect tacheté.

La coloration de ces éléments est rouge cuivrée, ils sont disséminés sur le thorax, les flancs, l'abdomen, les membres.

Sur le trajet de la veine saphène interne à la partie interne de la cuisse droite, on perçoit un cordon induré, légèrement douloureux, donnant la sensation d'un vaisseau injecté de suif.

L'induration commence à environ huit centimètres du condyle interne et disparaît vers le milieu du triangle de Scarpa. Dans la région symétrique du côté gauche on sent également que la veine présente une induration notable, mais bien moindre que du côté droit.

Il n'existe ni d'un côté ni de l'autre, ni rougeur, ni œdème.

Au bras droit, sur le trajet de la veine céphalique, on constate également une portion nettement indurée.

Absence complète de fièvre. Le foie et la rate présentent une hypertrophie considérable.

Le malade est soumis au traitement par les injections de calomel.

Il en reçoit cinq injections, et est traité ensuite par les injections d'huile grise.

Manifestations multiples et tenaces de syphilis secondaire dans la cavité buccale.

Le 25 *avril*, on prélève un petit fragment de cordon induré siégeant sur la cuisse droite.

Le *10 juin*, B..., quitte l'hôpital.

Il est guéri, mais le trajet des veines est encore sensible à la palpation et présente un certain degré d'induration.

Le malade entre à nouveau dans le service de M. Thibierge le *27 juillet* pour des plaques muqueuses de la bouche et du pharynx. Il n'existe plus trace des indurations veineuses perçues lors de son premier séjour à l'hôpital.

Observation 37 (résumée) (Le Noir. 1899) (1).

Homme de 30 ans. Trois mois avant d'entrer à l'hôpital, chancre à la verge, suivi un mois et demi après de roséole légère avec angine et ulcérations buccales. Quelques jours avant l'entrée, sans aucune cause, douleur à la cuisse et au genou.

Au moment de son entrée, cordon dur, douloureux, étendu le long de la saphène interne depuis le milieu du mollet jusqu'au milieu de la cuisse; peu de rougeur de la peau, pas d'œdème.Polyadénite inguinale bilatérale. Plaques muqueuses de la bouche et du pharynx.

Traitement antisyphilitique, repos, guérison en 5 semaines.

Observation 38 (résumée) (Le Noir) (2).

Phlébite syphilitique chez une femme, avec œdème.

Jeune fille de 23 ans; depuis huit jours, douleurs dans la jambe gauche et gonflement disparu après 2 jours de repos, puis reparu après un jour de travail. — A l'examen : léger œdème des deux tiers inférieurs de la jambe gauche, et douleur à la pression au niveau de la ligne médiane du mollet. Quelques varicosités font penser à de la phlébite variqueuse.

Au bout de 12 jours, douleurs et gonflement ont disparu, mais éruption d'apparence roséolique sur la poitrine et dans le dos. La malade quitte l'hôpital et le diagnostic reste en suspens. Elle y revient 4 jours après.

(1) Le Noir, *Deux cas de syphilis secondaire des veines. Association française pour l'avancement des sciences. Congrès de Boulogne-sur-Mer*, 1899.

(2) Le Noir, *Loc. citato.*

Œdème des deux jambes, ayant débuté à droite; roséole très nette, et ultérieurement plaques muqueuses de la vulve et de l'anus; syphilides papulo-squameuses. Traitement anti-syphilitique. Disparition rapide de l'œdème, mais à gauche, sur le trajet de la saphène externe, existence d'un cordon dur.

La malade sort au bout d'un mois. Toute trace d'inflammation des veines a disparu; il n'y avait jamais eu de fièvre, et les urines n'avaient jamais contenu d'albumine.

Observation 39 (Haslund) (1).

Phlébite syphilitique des quatre membres chez une femme atteinte de blennorrhagie et d'érythème copahivique ayant caché l'éruption syphilitique.

Il s'agit d'une femme de 29 ans, mariée avec un matelot. Elle vint à l'hôpital avec un érythème copahivique très étendu, une uréthrite blennorrhagique et une bartholinite. Quelques jours après son entrée à l'hôpital, elle eut une périostite de la tubérosité frontale droite, et deux jours après une phlébite à la face interne de la jambe droite. Ensuite apparurent une périostite des côtes et des phlébites au côté interne des deux bras, ainsi que des deux veines saphènes internes aux membres inférieurs. Quand l'éruption copahivique fut disparue, on trouva une éruption de syphilides papuleuses.

Haslund pense que c'est un cas de syphilis des veines.

Observation 40 (Jacquinet. 1900) (2).

Phlébite syphilitique secondaire.

Exacerbation des douleurs la nuit.

Vers le milieu du mois d'août 1899, j'eus l'occasion de voir un homme de 30 ans, qui passait presque toute la journée debout. Cet homme se plaignait, disait-il, d'une hernie survenue depuis quelques jours.

(1) Haslund, *Soc. danoise de Dermat.*, 3 oct. 1900, *in Dermatol. Zeitchrift*, 1901, p. 52.

(2) Jacquinet, *Union médicale du Nord-Est*, 1900, p. 253.

A l'examen, je constatai une adénopathie inguinale droite, dont la cause était une ulcération ovalaire non creusée, siégeant dans la rainure balano-préputiale à droite, et indurée à la base. — Je portai le diagnostic de chancre induré.

Dans le courant de septembre, 3 semaines environ après le début du chancre, apparut une éruption syphilitique caractérisée par des éléments maculeux, d'un rose cuivré, et des éléments papuleux avec *collerette de Biett*, siégeant sur le thorax, la racine des membres supérieurs et la partie supérieure du front. Le malade eut des plaques muqueuses dans la bouche, perdit une partie de ses cheveux, et fut soumis au traitement mercuriel : deux centigrammes de sublimé, en pilules, chaque jour.

Moins de trois mois après l'apparition du chancre induré, dans les premiers jours de novembre, je fus appelé près de ce malade, que je n'avais pas revu depuis l'époque de l'apparition de son exanthème.

Il se plaignait d'une douleur très vive dans le mollet droit, douleur existant même au repos, et augmentant surtout *pendant la nuit* et à l'occasion des mouvements de flexion du pied sur la jambe. A l'examen du mollet, je constatai par la palpation un cordon, dur, cylindroïde, allongé, correspondant à la saphène externe, d'une longueur de cinq centimètres, et douloureux au toucher. La douleur s'étendait vers le haut jusqu'à la partie inférieure du creux poplité et vers le bas allait en s'atténuant jusqu'à la région malléolaire externe, où il existait aussi de l'œdème peu prononcé, ainsi qu'en arrière de la jambe. Je pensai alors à l'existence d'une phlébite. Il ne pouvait s'agir de lymphangite. Il n'existait aucune rougeur sur le mollet, aucune ulcération au pied droit, qui pût être le point de départ de cette lymphangite et le cordon douloureux suivait bien le trajet de la veine.

Il ne pouvait s'agir que d'une phlébite, et cette phlébite survenant au milieu de la période secondaire de la syphilis, avec l'*exacerbation nocturne des douleurs*, déjà signalée par Charvot, nous semble devoir être rapportée à la syphilis, surtout en l'absence d'autres maladies goutteuses, rhumatismales ou infectieuses.

Suivant le traitement préconisé par le professeur Fournier, je mis le malade au repos complet au lit, avec des applications de cataplasmes émollients, suivies ensuite d'onctions douces avec l'onguent napolitain sur le trajet de la veine, sans omettre le traitement interne.

Sous l'influence du traitemnet, les symptômes physiques et les troubles fonctionnels diminuèrent progressivement, et au bout de deux mois, le malade pouvait marcher sans douleur.

Observation 41 (Finger) (1).

Phlébite noueuse à poussées successives.

L'auteur relate le cas d'un malade qu'il a gardé trois mois en observation. Après le chancre initial, et l'apparition d'une éruption papulo-pustuleuse, on remarqua dans les derniers temps de multiples altérations des veines. Aux extrémités supérieures et inférieures on put sentir une série de veines ayant la forme de cordons épaissis, non douloureux, parsemés de nodosités correspondant à des valvules. Elles disparurent sous l'influence d'un traitement approprié, pour réapparaître à une autre place. On peut considérer comme phlébite syphilitique ces phlébites chroniques, qui n'ont pas pour origine une cause externe, qui surviennent en même temps que l'éruption, et qui disparaissent sous l'influence du traitement anti-syphilitique.

Observation 42 (Collinot) (2).

Phlébite syphilitique chez une femme. — Iritis.

Aline G....., 23 ans, entre à l'hôpital Broca, salle Natalis Guillot, le 12 novembre 1900. Elle vient pour un mal de gorge, se caractérisant par une douleur, avec troubles de la déglutition, sans fièvre, sans état général marqué.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, elle s'est plainte, en outre de ce mal de gorge, d'une douleur siégeant au creux poplité, survenant sous forme d'élancements, aussi bien le jour que la nuit, maxima lorsque la malade est assise, s'accompagnant d'une raideur de la jambe, lorsqu'elle est debout, se calmant quand elle est couchée, ce qui fait que dans les premiers temps de son séjour à l'hôpital, elle est forcée de garder le lit, et attire, d'une façon indirecte, l'attention du côté de sa jambe.

A l'examen, on base le diagnostic de syphilis sur les lésions suivantes : plaques opalines, siégeant sur les deux amygdales, sur la

(1) Finger, *Archiv. für. Dermat.*, 1900, Tome 53, p. 108.

(2) Collinot, *Phlébite syphilitique*, *Thèse Paris*, 1901. *Observation recueillie dans le service de M. le docteur Brocq.*

luette et les piliers du voile du palais; avec points légèrement ulcérés et pseudo-membraneux ; adénopathie sous-maxillaire peu marquée ; adénopathie cervicale plus nette. Éruption cutanée généralisée, de nature probablement roséolique. En même temps céphalée, s'accompagnant d'une légère alopécie et d'une hyperostose de l'angle externe de l'arcade sourcilière. Blennorrhagie probable, accompagnée d'un érythème intertrigineux de la face interne des cuisses et des fossettes génito-crurales. Lésions papuleuses sur la grande lèvre droite, traces peut-être du chancre primitif. Adénopathie inguinale double, peu marquée.

On soumet la malade au traitement par la liqueur de Van-Swieten.

Le *16 novembre*, la malade, qui dès son entrée s'était plainte de sa douleur au creux poplité, voit cette douleur s'exagérer, devenir continue, irradiant à tout le membre et on procède alors à un examen plus approfondi. A l'inspection, aucune augmentation de volume apparente. Pas d'œdème. Légère circulation collatérale. On ne trouve aucune exostose, aucun point douloureux, aucun point articulaire. Les mouvements sont possibles; l'attitude, qui est celle de l'extension imparfaite, n'est pas caractéristique. Sur la face interne, le long du trajet de la saphène interne, en un endroit qui correspond au point le plus douloureux, on constate à la palpation, un cordon assez dur, d'une longueur de quatre à cinq centimètres, siégeant à trois centimètres en arrière du tendon de la patte d'oie, à huit centimètres au-dessus de l'interligne articulaire. Sa consistance est dure; son volume, celui d'un crayon; il est accompagné d'un léger empâtement périphérique, ne donnant à la palpation superficielle aucune sensation douloureuse, mais devenant sensible dès qu'on augmente la pression.

Le cordon veineux, palpé avec beaucoup de précaution, permet de sentir, à mi-hauteur de la cuisse, toujours sur le trajet de la saphène, au niveau du bord antérieur du droit interne, une autre nodosité allongée, douloureuse, présentant les mêmes caractères que la nodosité tibiale. Il y a une éruption de quelques syphilides sur le trajet de la veine.

On porte le diagnostic de phlébite subaiguë.

Le *17 novembre*, apparition d'une *iritis gauche*, caractérisée par les phénomènes classiques (photophobie, injection de la conjonctive, déformation pupillaire). On soumet la malade au traitement intensif par les frictions mercurielles, et on traite l'iritis par les instillations d'atropine.

Le *19 novembre*, la malade accuse des douleurs sur le membre inférieur gauche, lesquelles ne présentent pas la même intensité qu'elles

avaient présenté à droite. A l'examen, on constate que les masses musculaires du mollet offrent moins de résistance que du côté droit, et ne sont pas, comme elles, affectées d'une légère contracture. Mais on ne sent aucun point douloureux particulier, ni de cordon induré. A mi-hauteur du tibia, il y a un point douloureux très net, ne s'accompagnant pas de déformation extérieure, ni de modification dans la consistance de l'os.

Du *20 novembre* aux premiers jours de *janvier 1901*, aucune modification notable, sauf l'apparition de quelques syphilides papulo-croûteuses, disséminées sur le membre inférieur droit, et des poussées successives d'angine, greffées sur des plaques muqueuses, se traduisant par un aspect diphtéroïde des amygdales, une adénopathie sous-maxillaire plus marquée, et une sensibilité très vive de l'arrière-gorge. Ces poussées s'accompagnent d'un léger mouvement fébrile, qui semble devoir leur être attribué, et non à la phlébite; car il a le même caractère éphémère.

Le *7 janvier*, la phlébite va mieux, la malade immobilisée jusque-là, peut se tenir sur sa jambe. A la palpation, on ne sent plus de noyau sur le trajet de la saphène à la cuisse; mais il y a toujours un cordon dur au niveau de la patte d'oie.

Au *15 janvier*, le doigt ne perçoit plus d'induration ; la veine a repris sa souplesse. La malade est guérie de ses manifestations phlébitiques, mais il persiste un état général peu satisfaisant. Pâleur, anémie, anorexie, amaigrissement, toux légère sans signes de tuberculose à l'auscultation. Les amygdales restent rouges et hyperthrophiées.

Pas d'antécédents intéressants.

Observation 43 (Ullmann) (1)

Phlébite avec œdème local chez une femme.

Il s'agit d'une femme qui a contracté la syphilis il y a un an et demi. Il y a un an, elle fit une fausse couche de 7 mois avec fœtus macéré, et depuis ce temps-là elle souffre d'une angine spécifique.

Il y a huit jours, la malade remarqua à la face interne de la cuisse gauche une induration, qui au moment du premier examen, il y a quatre jours, donnait la sensation d'une induration en forme de cor-

(1) Ullmann, *Archiv. für Dermat.*, 1901, tome 56, p. 135.

don très net, le long de la veine saphène, qui pour cela faisait penser à une périphlébite. La malade observa le repos prescrit. Maintenant, de l'œdème et de la rougeur diffuse, larges comme une paume de main, se sont ajoutés à l'infiltration en forme de cordon. En un point symétrique du côté droit, on trouve au niveau des téguments une infiltration légère et plus noueuse.

D'après l'état de choses du début, l'auteur est porté à admettre une périphlébite syphilitique à évolution aiguë, comme elle a été décrite dans quelques cas publiés dans la science, ainsi que dans le mémoire de Proksch sur la syphilis des veines.

Observation 44 (résumée) (Max Marcuse) (1).

Phlébite et érythème noueux syphilitiques chez une jeune fille.

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, Selma W....., ayant contracté la syphilis il y a 7 mois. Elle n'a pas encore eu d'éruption spécifique.

Etat de la malade, le 8 mai 1901 : maux de tête, anorexie, sommeil mauvais. Température matinale : 38° ; le soir : 39°. Traces d'albumine dans les urines. Erosions multiples aux organes génitaux. Sur tout le corps un exanthème confluent à petits éléments papulo-pustuleux. Sur les deux bras, et le dos des mains, plusieurs éléments d'érythème noueux syphilitique, ainsi que dans la bouche.

Un peu de mercure, et deux, trois et huit grammes d'iodure de potassium par jour, jusqu'au 30 mai.

La température restait toujours à 38° le soir. Lavages de la bouche à l'eau oxygénée. Les manifestations cutanées rétrocédèrent, quand le 17 mai, au-dessous du genou droit, sur la face interne du tibia s'était développé, à partir d'une nodosité rouge, un cordon dur, circonscrit, roulant sous le doigt, long de deux à trois centimètres, pas tout à fait gros comme un crayon, dense sous la peau, sur lequel le tégument était légèrement bleuâtre. Plus tard, le 20 mai, sur la face externe de la jambe gauche, on constatait un cordon long de trois centimètres environ, à peine gros comme un crayon, sinueux, roulant sous le doigt, dur, qui va de la face externe, à la partie supérieure de la jambe. La peau, à ce niveau, est transparente et bleu foncé. Le cordon de la jambe droite a diminué légèrement.

(1) Max Marcuse (Berne). *Uber nodôse Syphilide und Syphilitische Phlebitis. Arch. für Derm.* 1902, tome 63, p. 1

Une nouvelle nodosité, plus large, plus en forme de cordon, dure, est apparue au bras gauche. La peau est rouge. La température va de 36°5 à 39°4.

Sous l'influence d'un traitement énergique à l'*iodure de potassium*, les phlébites, ainsi que les exanthèmes disparurent.

Le *30 mai*, injections de *bichlorure de mercure*, et le 13 juin, la malade sortait sans qu'on puisse déceler aucune manifestation syphilitique après un traitement mercuriel énergique.

Observation 45 (Oettinger) (1).

Phlébite secondaire des veines saphènes externes avec fièvre.

Il s'agit d'un homme âgé de 47 ans environ, forgeron de son état, qui, au moment de son entrée à l'hôpital, portait sur tout le corps, spécialement sur le tronc, le thorax et le dos, ainsi que sur les membres supérieurs et inférieurs, une éruption très abondante de syphilides papulo-squameuses, les unes en pleine efflorescence, les autres déjà pâlies et représentées par des macules de coloration jambonnée. Au niveau de la face et du front, même éruption de caractères identiques.

Le malade racontait qu'il était porteur de cette éruption depuis près de six semaines, mais ne se rappelait point avoir eu une lésion ulcéreuse au niveau des organes génitaux ou ailleurs. Cependant, quelques ganglions disséminés dans les aines, dont un, plus développé que les autres, était situé dans l'aine gauche, ainsi qu'une petite cicatrice au niveau du repli balano-préputial du même côté, démontraient suffisamment l'existence antérieure d'un chancre infectant.

En outre de cette éruption, cet homme se plaignait d'une céphalée assez accusée, et de plus — c'était pour cela surtout qu'il entrait à l'hôpital — de légères douleurs dans les deux mollets, douleurs qui le gênaient depuis quelques jours pour exercer son pénible travail de forgeron.

En examinant les deux membres inférieurs on constatait, au niveau des malléoles, un œdème peu prononcé, et des modifications facilement perceptibles du côté des veines saphènes externes.

(1) Oettinger, *Semaine médicale*, 12 février 1902, p. 49.

Sur le trajet de celles-ci, des deux côtés, existait un cordon induré, du volume d'une plume d'oie environ, à gauche, ce cordon, légèrement douloureux à la pression, s'étendait depuis la partie postérieure de la malléole externe, en remontant sur la partie médiane et postérieure du mollet, jusqu'au creux poplité; à droite, il était moins étendu, et n'occupait que la partie moyenne de la jambe; de même volume que celui du côté gauche, ce cordon veineux était un peu douloureux à la pression, et donnait, lui aussi, au doigt qui l'explorait, la sensation d'un vaisseau injecté de suif, comme ceux d'un cadavre préparé pour la dissection. Ni d'un côté, ni de l'autre, il n'existait de rougeur ou d'empâtement et, après 18 heures, le très léger œdème périmalléolaire qu'avait présenté le malade, à son entrée à l'hôpital, avait entièrement disparu.

En résumé, coexistence, avec des manifestations syphilitiques secondaires, d'une double phlébite des saphènes externes, évoluant sans grande réaction douloureuse, sans œdème appréciable, sans rougeur et sans douleurs très vives. Cette phlébite, bien manifestement symétrique, se localisait exclusivement au tronc des deux saphènes externes et n'atteignait point les veines profondes.

L'état général était excellent, quoiqu'il existât un léger mouvement fébrile, le thermomètre oscillant entre 37°8 le matin et 38°4 le soir. Sous l'influence du traitement mercuriel et du repos au lit, les deux cordons veineux disparurent très rapidement, de telle sorte qu'au bout de quinze jours, — trois injections de calomel de 5 centigrammes chacune ayant été faites, de cinq en cinq jours, il n'étaient presque plus perceptibles ; la température était redevenue normale en une dizaine de jours. Un seul incident survint pendant cette rapide convalescence : une petite poussée de phlébite très légère et très localisée, avec quelques douleurs sur une des ramifications de la saphène interne, en dedans du plateau tibial, du côté gauche. Au bout de trois ou quatre jours, durant lesquels la température monta de quelques dixièmes de degré au-dessus de la normale, tout était rentré dans l'ordre, et le malade quittait l'hôpital définitivement guéri, 35 jours après son entrée dans notre service; depuis cette époque, nous l'avons revu à diverses reprises, pour de nouveaux accidents syphilitiques consistant surtout dans l'apparition de plaques muqueuses buccales et pharyngées, et nous avons pu constater que les cordons veineux et thrombosés avaient disparu et que la circulation était revenue à l'état normal.

Observation 46 (résumée) (Micheleau, *in* Thèse Guyet. 1902) (1)

Phlébite syphilitique à poussées successives chez une femme.

Marie H....., 25 ans, entre le 7 août 1902 à l'hôpital Saint-André. Douleurs dans les jambes et fatigue générale, 2 grossesses à terme. Pas d'avortement. Depuis un an, mauvais état général, bronchites à répétition, fièvre le soir, sueurs nocturnes. Un mois avant d'entrer à l'hôpital, douleurs dans les jambes avec un peu d'œdème aux chevilles après avoir marché toute la journée. Jamais de varices.

Un jour apparut à la face interne de la cuisse gauche, une petite tuméfaction dure, douloureuse. La peau devint rouge, douloureuse et un peu épaissie à son niveau; très rapidement, en trois ou quatre jours, l'induration et la douleur descendirent jusqu'au genou ; l'on sentait alors sous la peau, dit la malade, un cordon allongé suivant le trajet de la veine saphène interne. En même temps, malaise général et un peu de fièvre. Pas d'œdème. Peu à peu et successivement, les veines superficielles de la cuisse et de la jambe gauches furent atteintes; puis les mêmes phénomènes se produisirent à droite, l'induration s'étendant toujours de haut en bas, depuis le tiers moyen de la cuisse. Ce fut ensuite au niveau du deltoïde du bras droit, une portion de la céphalique, et une portion d'une dorsale du poignet droit; le tout au milieu de signes généraux insignifiants, sauf la douleur assez vive, très augmentée par la fatigue et les mouvements. La température a atteint 37°8 et n'a jamais dépassé ce degré.

Au moment de son entrée à l'hôpital, on note une induration douloureuse avec empâtement et rougeur de la peau sur une surface de deux travers de doigt le long de la saphène interne jusque vers le tiers supérieur de la cuisse, et de la saphène externe dans toute son étendue, au niveau des deux membres inférieurs. Au milieu de cet empâtement, on pouvait sentir un cordon dur, douloureux, mobile sous la peau, correspondant à la veine; ce cordon fut beaucoup plus facile à percevoir dans les jours qui suivirent à mesure que l'empâtement disparut. Jamais d'œdème aux membres inférieurs.

Infiltration tuberculeuse du sommet des deux poumons. Aucun signe de syphilis sur la peau ou les muqueuses; cependant la malade dit avoir eu en juillet, au début de sa phlébite, quelques petits *fu-*

(1) *Phlébite superf. aiguë pendant la pér. second. de la syphilis, Thèse de Bordeaux*, 1902.

roncles très discrets sur les membres inférieurs qui ont guéri tout seuls, ayant laissé des cicatrices un peu cuivrées, brunâtres. Pléïade ganglionnaire dans les deux aines.

Le *1er septembre*, on sent encore les cordons veineux, donnant la sensation d'un *tuyau de pipe en terre*. Pas de bosselures. La phlébite des veines superficielles est nette, mais le diagnostic étiologique est réservé.

Le *10 septembre*, les cordons de la cuisse ont disparu.

Le 28, la malade recommence à souffrir. L'induration augmente et remonte vers le genou. Alors apparaît une éruption papulo-squameuse sur la plante des pieds, les jambes, les cuisses, le cou. Plaque muqueuse de l'amygdale droite. On affirme la syphilis. Sous l'influence du *protoiodure de mercure*, la phlébite s'atténue et disparaît vers la fin d'octobre.

Observation 47 (Audry et Constantin) (1).

Phlébite syphilitique de la poplitée à forme de « phlegmatia alba dolens ».

Philomène X..., âgée de 41 ans, sans antécédents héréditaires, a été mariée à 20 ans; pas de fausses couches; 3 enfants, dont 2 vivants et bien portants, le troisième mort à 2 ans.

Pas d'antécédents pathologiques personnels. Accouchements normaux sans aucune complication. Elle passe pour avoir une conduite légère. Elle est venue pour la première fois en février dernier; elle offrait une éruption érythémateuse, prurigineuse, mal caractérisée et accompagnée de céphalée. On lui ordonne quelques bains sulfureux, en lui recommandant de revenir se montrer, ce qu'elle ne fit pas.

Cependant l'éruption disparut, mais les cheveux tombaient, la malade maigrissait; elle se mit à souffrir de la gorge, et revint à la consultation fin mars.

A ce moment, elle offrait quantité de plaques muqueuses tout à fait typiques, disséminées sur la face interne des lèvres, sur la langue et les amygdales; alopécie légère, etc... Traitement mercuriel.

Le *15 avril*, la malade commence à souffrir dans la jambe droite qui enfle.

(1) Audry et Constantin, *Journ. des Mal. Cut. et Syph.*, 1902, p, 662.

Le 25 *avril*, elle nous la montre dans cet état et se décide à entrer à la clinique, le 30 avril. A ce moment, amaigrissement, pâleur. Aucune lésion de la peau, ni des amygdales, les plaques ayant disparu par le traitement mercuriel; il reste seulement quelques petites plaques sur la langue. Syphilide pigmentaire peu prononcée sur le cou. Rien sur les organes génitaux. Les viscères sont tous normaux. Pas d'albumine dans les urines.

Jambe gauche normale sans trace de varices.

Jambe droite notablement gonflée. L'œdème d'un blanc livide semé de stries bleuâtres, s'étend jusqu'au genou. Il est uniformément étendu à tout le segment de membre; il a son maximum sur le dos du pied et à la partie inférieure de la jambe devenue cylindrique; il est un peu douloureux à la pression. Aucune trace d'inflammation superficielle; pas de traînées rouges, pas de lymphangite. La malade souffre surtout en marchant; elle ne peut pas étendre tout à fait la jambe : elle se plaint d'une douleur au creux poplité.

En ce point la pression est manifestement douloureuse. Il n'y a rien d'anormal du côté de la saphène. Au niveau du mollet et des malléoles, la circonférence de la jambe malade, mesurée au centimètre, est supérieure de 4 à 6 centimètres à celle de la jambe saine.

Traitement. — Frictions Hg. La malade ne reste même pas au lit. Amélioration rapide à partir du septième jour.

Le *14 mai*, la malade exige sa sortie. A ce moment la douleur a disparu, la marche est parfaite. Le gonflement est réduit des 2/3. La jambe reste encore œdémateuse très légèrement. La pression au niveau de la poplitée est à peine sensible. La guérison peut être considérée comme très proche.

Sans avoir pu retrouver la malade dans la suite, nous avons su qu'elle avait repris son travail.

Observation 48 (Campbell d'Edimbourg) (1).

Hémiplégie et phlébite syphilitiques.

Récidive au bout de trois semaines malgré le traitement.

Jules P..., maçon, âgé de 38 ans, entre le 10 septembre 1902 à l'infirmerie de Bicêtre, dans le service de M. Pierre Marie. Il se plaint de

(1) Campbell, *Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux*, 21 nov. 1902, p. 1005.

faiblesse du côté droit. Au mois de décembre de l'année précédente, il avait contracté la syphilis : un chancre à la verge.

Pendant un mois, dans le service de M. Marie, à Bicêtre, il suivit un traitement. Il ne semble pas avoir fait d'excès alcooliques.

Le *5 septembre*, 5 jours avant son entrée, il sentit que tout le côté droit s'affaiblissait, il marchait difficilement. En même temps mal de tête intense, et mal dans les reins. Jamais d'ictus.

A son examen, le *11 septembre*, on constate la démarche d'un hémiplégique. La langue est légèrement déviée à droite.

M. Marie fait le diagnostic d'hémiplégie droite, et met le malade aux injections de calomel.

Le *1er octobre*, hémiplégie très améliorée. Le 7, on cesse les injections à cause d'un peu de stomatite avec salivation. En même temps le malade souffre de la jambe droite, et on constate à la vue un cordon veineux à la face antéro-interne de la cuisse droite. Il y a un léger œdème à la racine de la cuisse. Téguments un peu rouges sur le trajet de la veine.

Douleur dans le mollet droit, où la palpation est douloureuse. Repos; jambe dans une gouttière. Quinze jours après, le malade ne ressent plus rien, et se promène un peu dans la salle.

21 octobre. — On recommence les piqûres de mercure après que le dentiste a soigné les dents. Tous les deux jours, injection de 4 centigrammes d'hermophényl.

28 octobre. — Douleur dans la région du genou droit qui est un peu gonflé à la face interne. A la palpation, cordon dur le long de la saphène interne sur une étendue de 8 à 9 centimètres. Le cordon s'étend d'un travers de doigt au-dessus du genou jusqu'au mollet, et la peau a ce niveau est rosée. Pendant la nuit du 28 octobre, il a eu des douleurs aiguës dans la cuisse droite.

29 octobre. — Suffusion rosée le long de la saphène en haut, et jusqu'au mollet en bas, et à ce niveau, empâtement de la peau. Pas d'œdème de la malléole. Sur la région atteinte le malade ne peut supporter aucune pression.

5 novembre. — On sent encore le cordon veineux de la cuisse droite: sur une étendue de 4 centimètres au-dessous du trou saphène, le cordon est irrégulier; la palpation est possible. Au-dessous de ce point, la veine est dure et irrégulière, donnant la sensation d'une veine *injectée au suif*, et la palpation en est très pénible. La pression du mollet est douloureuse. Actuellement, le *21 novembre*, la veine est presque imperceptible ; le malade a l'air bien portant et a beaucoup engraissé.

Observation 49 (Roussy) (1).

Phlébite syphilitique des deux saphènes internes.

Début insidieux. — Résolution en six semaines.

Le nommé H..., âgé de 26 ans, entre à l'hôpital Ricord pour une syphilis en pleine période secondaire ; on constate en effet sur lui une éruption papuleuse miliaire confluente, des syphilides érosives buccales et une adénopathie bi-inguinale et cervicale caractéristique.

En examinant le malade on remarque le long de ses deux saphènes internes un petit cordon dur, légèrement douloureux à la pression, et s'étendant de chaque côté de la partie moyenne de la jambe au triangle de Scarpa. Pas d'œdème et pas de température. Le malade souffre fort peu, et marche malgré les recommandations qu'on lui fait. Le début de la phlébite a été insidieux, et paraît remonter à une quinzaine de jours, soit trois mois environ après le début du chancre.

Le malade est mis au traitement. Il sort au bout de six semaines guéri.

Observation 50 (Roussy) (2).

Phlébite quadruple des membres inférieurs avec quelques nodosités. Iritis.

Il s'agit d'un homme âgé de 25 ans, maçon, qui se présente à la clinique dermatologique de la Pitié, le 11 mai 1903, pour une *iritis* syphilitique gauche, datant de un mois. On reçoit le malade à l'hôpital, et en l'interrogeant, on apprend qu'il a eu une blennorrhagie avec épididymite à l'âge de 17 ans, et une fièvre typhoïde à 20 ans.

Le chancre remonte à 5 mois, on constate actuellement une éruption polymorphe érythémato-papuleuse sur le tronc, une adénopathie caractéristique, de la céphalée légère avec chute des cheveux, enfin une *phlébite syphilitique quadruple*, occupant les 4 veines superficielles des membres inférieurs. En effet, à droite on aperçoit sur le

(1) Roussy, *Phlébite syphilitique secondaire. Gazette des Hôpitaux*, 1903, p. 1013.

(2) Roussy, *Loco citato.*

trajet de la *veine saphène interne*, dans toute son étendue, une traînée brûnâtre, pigmentée et large d'un bon travers de doigt.

A la palpation, on a la sensation d'un petit cordon dur du volume d'un crayon, régulier dans sa partie supérieure; mais au niveau de la malléole interne, on perçoit une petite nodosité grosse comme un petit pois, et facilement isolable du reste du cordon induré. Enfin au niveau de la face interne de la tubérosité du tibia, la veine n'est pas indurée sur un trajet de 3 à 4 centimètres.

Saphène externe. — Aucun signe extérieur; cordon induré perçu à la palpation sur une longueur de 15 centimètres environ et s'étendant du milieu de la jambe jusqu'au creux poplité; ce cordon est moins volumineux que celui de la saphène interne.

A *gauche*, la *saphène externe* est plus atteinte que l'interne, et sur le trajet de celle-là, une traînée légèrement rosée; le cordon qu'elle forme est très dur et assez volumineux. Quant à la *saphène interne*, elle est faiblement indurée dans tout son trajet.

On n'observe pas d'œdème des membres inférieurs, ni de fièvre; aucun état général. La phlébite est tout à fait indolore et le malade ne peut dire à quel moment a débuté cette affection, *dont il ne se doutait pas* à son entrée à l'hôpital.

Les veines superficielles des membres supérieurs sont normales.

Traitement. — Le malade est mis immédiatement au traitement mercuriel; on lui fait des injections de 2 centigrammes de biiodure aqueux tous les 2 jours.

Il sort de l'hôpital le 4 juin, très amélioré; on sent encore à droite le cordon de la saphène interne qui est très atténué, celui de la saphène externe est à peine perceptible. Du côté opposé, cette deuxième veine seule reste encore nettement indurée.

Observation 51 (Renault et Roussy) (1)

Phlébite des deux saphènes internes peu modifiée par le traitement mixte.

Homme de 29 ans, porteur d'accidents secondaires multiples. Apparition de légers picotements dans le membre inférieur droit, avec

(1) Renault et Roussy, *Une nouvelle observation de phlébite syphilitique secondaire*, *Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1903, p. 100.

pesanteur et gêne légère dans la marche. On constate alors sur le trajet de la saphène interne une traînée rougeâtre s'étendant depuis le tiers inférieur de la jambe jusqu'à la terminaison crurale de la veine, on sent un cordon dur, régulier, roulant sous le doigt. Léger œdème malléolaire; douleurs assez vives dans le membre. Quelques jours après, apparition d'une phlébite de la veine saphène gauche, avec mêmes symptômes qu'à droite, quoique moins prononcés.

L'état général reste bon : la température, qui s'était légèrement élevée au début, redescend rapidement.

Au point de vue clinique, cette observation présente les caractères habituels de la phlébite syphilitique : localisation habituelle aux veines superficielles, multiplicité des lésions, œdème léger du début, marche subaïguë, tournant rapidement à la modalité froide. La durée a été également celle que l'on attribue à la phlébite syphilitique : 7 semaines environ. Un point intéressant est le peu d'efficacité apparente qu'a eue dans ce cas le traitement spécifique : le malade qui prenait d'abord 0,10 centigrammes de protoiodure par jour, ne parut pas davantage influencé quand le médicament fut porté à 20 centigrammes : le traitement ioduré, poursuivi pendant plus de trois semaines, n'a pas paru plus efficace.

Observation 52 (Gaucher et Chiray) (1).

Phlébite chez une femme. — Chancre de l'amygdale. — Albuminurie.

Madame H..., âgée de 27 ans, entre dans la salle Henri IV, le 1er décembre 1902. Elle nous était adressée par M. le Dr Castex.

La malade se plaignait de souffrir de la gorge depuis environ cinq semaines. Elle accusait les troubles habituels d'une angine intense : difficulté et douleur de la déglutition, léger nasillement de la voix.

Depuis cinq à six jours même, des poussées fébriles étaient survenues, qui, avec une grande lassitude, traduisaient une infection générale grave.

A l'examen de la gorge, on était d'emblée frappé par l'augmentation considérable du volume de l'amygdale gauche, qui touchait la luette. La surface de l'amygdale était recouverte d'un très léger enduit

(1) Gaucher et Chiray, *Presse Médicale*, 1903, p. 148, *Bull. Soc. Méd. Hôpit.*, 1903, p. 119.

pultacé. Cet enduit pultacé enlevé, elle apparaissait légèrement exulcérée ; au toucher, on la sentait résistante et même dure.

Sur l'amygdale droite existaient des lésions légères, quelques ulcérations à la surface ; pas d'hypertrophie.

On trouvait, à la palpation, les ganglions sous-maxillaires des deux côtés envahis par une infiltration diffuse. Seul le ganglion sous-angulo-maxillaire gauche présentait les caractères classiques de l'adénopathie satellite du chancre.

L'état général de la malade était mauvais. Outre les accès fébriles et la lassitude générale, on ne pouvait ne pas remarquer le facies plombé, et un peu d'œdème palpébral, ce dernier expliqué peut-être par une albuminurie légère, qui disparut dans la suite. Le diagnostic porté fut celui de chancre de l'amygdale, et même, probablement de chancre bilatéral avec toutefois quelques réserves.

Aussi pendant les premiers jours, le traitement spécifique ne fut-il pas donné. On se contenta du repos, du régime lacté, et de fréquents lavages buccaux à l'eau oxygénée.

Le *6 décembre*, cinq jours après, tandis qu'on examinait la malade, on remarqua l'existence de périostoses frontales très douloureuses à la pression, qui permirent d'affirmer la syphilis. Dès ce jour, le traitement mercuriel fut institué. Chaque jour la malade reçut en piqûre deux centimètres cubes d'une solution de *benzoate de mercure* à 1/100, et très rapidement sous cette influence le chancre de l'amygdale évolua vers la guérison, qui était complète quand la malade quitta le service, le 20 décembre.

Le *7 décembre*, le lendemain du jour où avaient été trouvées les périostoses frontales, la malade présente un début d'éruption papuleuse qui s'affirme les jours suivants et prend très nettement l'aspect d'une roséole papuleuse généralisée.

Le lendemain, *8 décembre*, on découvre par hasard à la visite l'existence de petites nodosités sous-cutanées au niveau du pli du coude droit, et le diagnostic est porté de phlébite syphilitique.

La lésion fut reconnue par hasard, car la malade n'en souffrait nullement, à moins qu'on n'appuyât légèrement au niveau de la veine thrombosée.

On n'observait ni œdème, ni rougeur des téguments, mais seulement une petite traînée rouge noirâtre traduisant le caillot veineux à travers les téguments.

A la palpation, on pouvait facilement suivre le cordon veineux thrombosé, qui paraissait être l'extrémité supérieure de la veine cubitale superficielle, que l'on perdait en haut vers le pli du coude.

Il n'y avait aucune réaction thermique.

Pendant les jours qui suivirent, le traitement mercuriel fut continué, et tous les accidents disparurent, la phlébite exceptée.

Celle-ci, toutefois, était certainement très diminuée d'étendue, après quinze jours de traitement.

A ce moment, la malade sortit sur sa demande, non entièrement guérie, mais ne souffrant pas de sa phlébite.

Observation 53 (Neisser) (1).

Phlébite syphilitique migratrice noueuse. — Examen histologique.

Neisser observa chez un homme sans antécédents syphilitiques, au niveau de l'avant-bras droit, du bras gauche et plus tard du bras droit, ainsi qu'au pli du coude gauche, des nodosités phlébitiques de nature syphilitique et en forme de *fuseau*. Elles siégeaient sous la peau, étaient visibles à travers elle, indolores pendant la marche et même à la pression. Les adénopathies et la lymphangite manquaient. La peau au pourtour n'est ni rouge, ni œdémateuse. Les veines prises étaient les veines basiliques et céphaliques.

Examen microscopique. — Un tissu de granulations se trouvait dans l'adventice, entre celle-ci et la tunique moyenne. La tunique interne était normale. Aucune thrombose, aucune coagulation. Les premières nodosités furent extirpées, car on ne soupçonnait pas leur origine syphilitique. Les autres se ramollirent vite sous l'influence du traitement spécifique.

Les *vasa-vasorum* paraissent être le point de départ de l'affection. Un caractère particulier pouvait être observé dans ces nodosités : elles se déplaçaient rapidement, parcourant 5 à 6 centimètres en quelques jours ,tantôt au-dessus, tantôt au-dessous.

Neisser explique cette *migration* par la résorption et la néoformation simultanées à des endroits fixes.

(1) Neisser, *Deutsche méd. Wochenschr.*, 1903, n° 37, *in Dermat. Zeitschrift*, 1904. p 297.

Observation 54 (résumée) (Erich Hoffmann) (1).

Phlébite noueuse avec récidive. — Examen histologique.

Il s'agit d'un batelier de 22 ans, d'une famille saine, et qui n'a jamais été malade. Après une continence sexuelle prolongée, il eut des rapports avec une servante d'hôtel, et contracta la syphilis au commencement de novembre 1902. Au milieu de novembre, un chancre apparut sur la partie inférieure de la peau du pénis, suivi d'une adénopathie non douloureuse.

Son médecin le soigna avec de la pommade au calomel et de l'emplâtre. Dans le courant de décembre, le chancre et les ganglions l'incommodaient si peu qu'il put reprendre son dur métier de batelier.

Au milieu de janvier 1903, il ressentit subitement des douleurs de tête, sur le vertex et l'occiput, avec exacerbations nocturnes. En même temps, il remarqua des croûtes dans ses cheveux ainsi que des taches sur la peau du crâne.

Peu de jours après le commencement des douleurs de tête, apparurent au niveau du mollet droit, et à la face interne du genou, des douleurs lancinantes qui empêchaient la marche, si bien qu'il dut arrêter son travail et se mettre au lit.

Il remarqua au niveau du mollet une nodosité grosse comme un œuf de pigeon, et à la face interne du genou, un cordon presque gros comme le petit doigt.

Les nodosités étaient douloureuses pendant la marche ; le cordon n'était pas sensible. De l'œdème apparut à la jambe.

Huit jours après le commencement de l'affection de la jambe droite, pendant qu'il était au lit, la même affection survint à la jambe gauche, avec une intensité un peu moindre. Au début de février, il eut des douleurs dans l'articulation de la mâchoire gauche et des maux de gorge. Le 16 février, le malade qui n'avait jamais pris les conseils d'un médecin, se laissa conduire à la Charité, dans cet état.

On observa à cette date, en plus des signes ci-dessus, une température et un pouls normaux. Rien dans les urines. Induration grosse comme un pois au niveau de la peau du prépuce. Sur le crâne, les bras et les cuisses, une roséole à papules grosses comme un centime et rouge brun ; dans la tête quelques croûtes, sur le visage et la nuque

(1) E. Hoffmann, *Uber strangförmige phebitis in frühstadium der Syphilis. Dermatol. Zeitschrift*, octobre 1903, p. 470.

plusieurs papules. Les amygdales sont rouges, gonflées; polyadénite inguinale, cervicale, occipitale, sous-maxillaire, dure et indolente.

Sur le trajet de la saphène interne, on sent aux deux jambes un cordon dur sous la peau, qui commence à la fosse ovale et finit sur le dos du pied, au niveau des articulations tarso-métatarsiennes. Partout ce cordon a une forme cylindrique et présente au-dessus et au-dessous du genou des nodosités de deux à trois centimètres de longueur. Il est dur comme un vaisseau injecté. Sur le trajet de la veine saphène externe droite, on trouve un cordon, gros comme le petit doigt, dur, non adhérent à la peau, avec trois nodosités grosses comme des noisettes. Un peu d'œdème et de sensibilité le long des cordons.

Traitement. — Injection tous les deux jours de 0,02 de sublimé associé à l'iodure de potassium à l'intérieur.

Les manifestations disparurent, et au mois d'avril, le malade pouvait travailler. Le 19 juin, les manifestations cutanées et les phlébites des veines saphènes internes, et de la veine saphène externe droite réapparurent. C'était une récidive de phlébite.

Second traitement ; mais en septembre 1903, les veines étaient encore un peu plus dures que normalement.

L'*Examen* d'un fragment de la veine saphène interne prélevé quatre semaines après le début de la phlébite, montra qu'il s'agissait ici d'une phlébite qui intéressait principalement les tuniques interne et moyenne, et cela à des endroits différents et avec une intensité très variable.

Il montra aussi que les *vasa-vasorum* participaient fortement au processus inflammatoire. Dans les foyers où les lésions sont plus récentes, on voit surtout les lésions des tuniques veineuses rencontrées dans la thrombose. Celle-ci prend naissance là où les lésions de la tunique interne sont le plus intenses.

Observation 55 (Erich Hoffmann) (1).

Phlébite noueuse. — Myosite syphilitique.

Il s'agit d'un sculpteur de 36 ans, issu d'une famille saine, et qui n'a jamais été malade. Le 16 août 1902, il s'infecta dans un coït illé-

(1) *Loc. citato.*

gitime, et au milieu de septembre survint un petit chancre, accompagné d'une tuméfaction des ganglions, presque indolore. Après le chancre cicatrisé, il eut vers le 20 novembre un frisson nocturne, des douleurs dans le cou et dans la tête, et se sentait très fatigué. Les jours suivants, en même temps qu'une éruption de taches rouges, apparaissaient au-dessous du creux poplité des nodosités douloureuses dans les muscles du mollet, qui empêchaient la marche.

Le 27 novembre, il alla voir le professeur Lesser, car il craignait d'avoir une syphilis grave. L'observation du malade donna les renseignements suivants : homme de taille moyenne, robuste, à bonne musculature, pas de fièvre. A droite, près du frein, on trouve une nodosité dure, grosse comme un pois; c'est ce qui reste de l'accident primitif.

Les vaisseaux lymphatiques du dos de la verge sont des cordons durs, épais comme des brins de paille. Les ganglions inguinaux des deux côtés sont gros comme des pois, durs et indolents.

Adénopathies occipitale, cervicale, sous-maxillaire, non douloureuses. Sur la peau du tronc, on voit des syphilides maculeuses très confluentes, qui envahissent plus fortement aussi la peau du visage; aux extrémités l'éruption est peu abondante, et sur la peau du crâne, on trouve des syphilides croûteuses.

Les deux amygdales sont très enflées, rouges, et recouvertes d'enduits gris blancs.

Rien aux viscères. Urines normales. Du milieu du mollet gauche jusqu'au milieu du creux poplité, on voyait un cordon gros comme le petit doigt, douloureux, dur et parsemé de bosselures noueuses, qui n'est pas adhérent aux tissus qui le recouvrent, lesquels ne sont ni œdématiés, ni modifiés dans leur coloration.

De même vis-à-vis des tissus sous-jacents, il se laisse mobiliser librement presque dans toute son étendue. Seulement à son extrémité inférieure, il est solidement fixé par une nodosité ronde, presque grosse comme une noix, adhérente au muscle, et très douloureuse à la pression. Le cordon décrit ci-dessus correspond exactement au trajet de la veine saphène externe.

Sous l'influence d'un traitement de cinq semaines, avec des frictions mercurielles et de l'iodure, toutes les manifestations disparurent.

Jusqu'au mois de septembre 1903, le malade n'eut pas de récidives, et on ne sent plus les indurations veineuses.

Observation 56 (Erich Hoffmann) (1).

Phlébite chez une femme. — Examen histologique.

Il s'agit d'une femme de 33 ans atteinte de syphilis récente. L'auteur apporte les préparations histologiques d'une thrombophlébite toute récente de la jambe et de nature syphilitique. Il dit que les phlébites noueuses syphilitiques des grosses veines des membres inférieurs ne sont pas rares, et que de préférence elles surviennent chez des sujets *variqueux*.

Les préparations montrent une grosse veine sous-cutanée gonflée de sang, dans le calibre de laquelle on voit des corpuscules sanguins rouges, qui forment un réseau mince de cellules, signe d'un commencement d'organisation de la thrombose. La paroi des veines montre un épaississement notable et une infiltration inflammatoire seulement aux endroits où l'on voit les corpuscules sanguins. L'endothélium prolifère. Autour de la veine se trouve une infiltration allongée, épaisse, cellulaire, qui était déjà visible à l'œil nu et qui s'étendait profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Dans le cours de ces périphlébites, le traitement combiné avec le mercure et l'iodure amène une résorption plus rapide.

Le *2 janvier 1903*, on trouvait encore à la jambe un cordon dur, à peine gros comme le petit doigt, et qui montrait quelques renflements noduleux.

Le *13 janvier*, la thrombose avait complètement disparu.

Observation 57 (Blumenfeld, *de Breslau*) (2).

Phlébite noueuse.

Au mois d'août 1903, à la Polyclinique de Neisser, se présenta un cas typique d'affection veineuse dans la période secondaire de la syphilis. Il s'agit d'un homme de 22 ans, qui prit la syphilis à la fin de février 1903 avec une fille publique, et qui vint pour la première

(1) E. Hoffmann, *Dermat. Zeitchrift*, 1903, p. 546.

(2) Blumenfeld, *Dermat. Centralblatt*, janv. 1904, p. 98.

fois à la Polyclinique le 15 mars avec un chancre induré, suivi le 25 avril d'une roséole maculeuse étendue, qui disparut après des injections de salicylate de mercure. Trois mois après, des plaques muqueuses apparaissaient dans la bouche, qui subirent un traitement local. Un mois plus tard, on observait une infiltration papuleuse de la plante du pied. Le 15 août, le malade ressentit subitement, dans la jambe droite, des douleurs épispastiques. Sur la face interne de la jambe droite, se montraient une rougeur et un œdème diffus qui se localisaient aux deux tiers inférieurs de la jambe.

A la palpation, on sentait dans cet œdème un cordon large de un centimètre et demi à deux centimètres, dur et très douloureux, qui suivait le trajet de la veine saphène interne. Il n'est pas visible à travers la peau. Le long du cordon, on voit des crénelures nettes, apparentes, correspondant aux valvules. La sensation de tension était déjà disparue deux jours après une injection de cinq centigrammes de calomel. On fit ensuite des injections de thymolacétate de mercure de un centigramme. Après la sixième injection, le cordon était complètement disparu. On fit en tout dix injections, et après un repos de deux mois, on n'observait plus de signes de l'affection.

Observation 58 (Gaucher et Touchard) (1).

Phlébite avec trois atteintes successives.

Un malade, âgé de 42 ans, se présente à nous porteur de deux chancres du repli balano-préputial, datant d'un mois; il est couvert en outre de syphilides secondaires papuleuses généralisées.

Depuis quatre jours, il avait ressenti une douleur un peu vive au niveau de la face interne du genou et de la jambe gauches : douleur suffisante cependant pour déterminer une gêne notable de la marche. Il fut facile de constater qu'il s'agissait d'une phlébite du tronc de la saphène interne. La veine, très nettement indurée sur une longueur de vingt-cinq centimètres, donnait la sensation d'un gros fil de métal roulant sous la peau. Une traînée rougeâtre de la peau, très analogue à celle qu'on observe dans les lymphangites superficielles, signalait à l'œil la portion de la saphène qui était atteinte. Il n'y avait aucune

(1) Gaucher et Touchard, *Bull. Soc. franç. Dermat.*, 1904, p. 327.

trace d'œdème de la jambe, ni des malléoles; la température est constamment restée normale.

Cinq jours après l'apparition de la phlébite de la saphène interne gauche, la saphène interne droite se prenait à son tour avec les mêmes caractères : induration peu douloureuse, traînée rougeâtre de la peau, absence d'œdème et de fièvre, et en un point absolument symétrique à la phlébite gauche.

Trois jours après, un tronc veineux de la face interne de l'avant-bras, tout près de la saignée du coude, était atteint à son tour de phlébite, sur une longueur de 4 à 5 centimètres.

Repos absolu au lit dès le premier jour, pansements humides sur les régions atteintes de phlébites, et injections de *benzoate de mercure* à la dose journalière de 2 centigrammes.

Observation 59 (Karl Marcus, *de Stockholm*) (1).

Phlébite noueuse à la suite de fatigues. — Douleurs nocturnes. Récidive. — Examen histologique. — Trois planches en couleur.

Il s'agit d'un malade de 24 ans, qui vint le 3 août 1904. Il avait déjà été soigné à l'hôpital Saint-Goran du 10 mai au 16 juin 1904. Depuis trois semaines, il a une ulcération au pénis. Le coït fut répété plusieurs fois depuis. Aucun traitement.

Etat, le *10 mai* : dans le sillon balano-préputial, ulcération indurée. Adénopathies inguinale, axillaire, cervicale. Roséole à petites papules qui apparait. Le malade se sent mal à son aise. Ni sucre, ni albumine.

Le *17 juillet*, érosions sur les amygdales ; le 22 apparut une phlébite des veines superficielles des deux jambes, en forme de cordon, avec des suffusions sanguines sur la peau, et une infiltration noueuse dans les deux creux poplités. Ces manifestations survinrent quatre mois après l'infection syphilitique et trois semaines après une fatigue corporelle plus forte que d'habitude ; il avait porté des meubles très lourds. Il eut, en plus d'une difficulté de la marche, des douleurs spontanées à *exacerbation nocturne* dans les deux membres inférieurs. Seule la veine saphène interne droite était prise.

(1) Karl Marcus, *Ein Fall von Venensyphilis in Sekundärstadium*, *Archiv. für* 1905, tome 77, p. 43.

Le 3 *août*, il avait une récidive des manifestations syphilitiques et de la phlébite, mais cette fois les veines saphènes internes étaient prises des deux côtés, avec infiltration noueuse.

Le *traitement* par cinq injections *d'huile grise* (0,067 de mercure par semaine) fit régresser rapidement la phlébite et l'infiltration. Le 25 septembre, on ne sentait plus les indurations veineuses.

L'*examen microscopique* d'un fragment de veine excisée montra une altération profonde des vaisseaux capillaires et des lymphatiques, une quantité de cellules géantes traduisant le processus inflammatoire. Le caractère spécifique de ces lésions est manifeste. Le point de départ est la tunique interne et éventuellement la couche longitudinale de la tunique moyenne. *La fatigue corporelle fut la cause de la phlébite.*

Observation 60 (Dieulafoy) (1).

Phlébite syphilitique à forme de phlegmatia. — Légère hydarthrose. Récidive.

Le 20 mars 1905, on reçoit au n° 19 de la salle Saint-Christophe un homme de 29 ans, exerçant la profession de garçon marchand de vin. Cet homme est atteint de phlébite de la jambe gauche. Tout le membre inférieur gauche est énorme et contraste singulièrement avec le membre inférieur droit. L'œdème s'étend du pied à la racine de la cuisse. Les malléoles sont cachées par les tissus œdématiés. Le genou est devenu globuleux, on y constate une légère *hydarthrose*, ses saillies et ses méplats sont effacés. A la cuisse l'œdème est surtout accusé à la face interne, où il bombe à la façon d'une tumeur œdémateuse. La mensuration circulaire des parties œdématiées donne les résultats suivants : cuisse, 49 centimètres ; genou, 37 centimètres ; mollet, 33 centimètres.

Cet œdème est lisse et donne à la peau un aspect lustré. Il n'est blanc que dans quelques régions ; à la cuisse, il est fortement rosé, et cette coloration lui vient du développement anormal de fins réseaux veineux sous-cutanés, rappelant un peu les étoiles de Werlheyen, au niveau du rein. C'est un œdème dur, cependant la pression du doigt à la face interne du tibia détermine un godet caractéristique. Enfin, cet œdème est douloureux et la douleur est surtout vive sur le trajet

(1) Dieulafoy, *Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu*, 1905, p. 320.

des cordons veineux indurés à la racine de la cuisse, du creux poplité et à la jambe.

Cette phlébite est apparue brusquement huit jours avant l'entrée du malade à l'hôpital, dans les conditions suivantes ; en revenant de son travail, assez tard dans la nuit, cet homme éprouve une vive douleur à la cuisse gauche sur le trajet de la veine saphène ; la douleur apparaît presque en même temps au creux poplité et à la jambe, sur le trajet de la veine saphène externe. La marche devient très pénible ; arrivé chez lui, cet homme se couche et il constate que sa jambe est enflée. Le lendemain, dimanche, les douleurs sont vives dans tout le membre inférieur, l'œdème se généralise et le malade est obligé de rester au lit. Le lundi, il demande un médecin qui l'envoie à l'Hôtel-Dieu avec le diagnostic de phlébite.

Pour ce qui est de la phlébite de notre malade, toutes les causes habituelles, goutte, chlorose, tuberculose, etc..., furent passées en revue, et toutes durent être rejetées. Mais au cours de notre examen, nous découvrons sur le pied droit des taches brunâtres, pigmentées, arrondies, ayant l'apparence d'anciennes syphilides.

Interrogé dans ce sens, cet homme répond qu'il a eu, en effet, à cette région, des ulcérations tenaces qui ont coïncidé avec des plaques des lèvres et de la langue et qui ont été soignées à l'hôpital Saint-Louis peu de temps après un « *chancre syphilitique* ». Nous trouvons, effectivement, sur le gland les traces d'un chancre récent et nous constatons dans les aines la présence d'adénopathies syphilitiques.

Dès lors, il est facile de reconstituer, de la façon suivante, l'histoire pathologique de cet homme : Vers le 15 septembre dernier, il se présente à l'hôpital Saint-Louis pour « un petit bouton » à la partie droite du gland. On fait le diagnostic de chancre syphilitique, et on prescrit des pilules de protoiodure d'hydrargyre et de l'iodure de potassium. Trois semaines plus tard, le malade quitte l'hôpital, le chancre était cicatrisé. Mais au bout de quinze jours, il revient à Saint-Louis, à cause des ulcérations des lèvres, de la langue et de la jambe. Son séjour à Saint-Louis est de trois semaines ; il en sort en bonne santé et il reprend son travail de garçon marchand de vin.

Tout allait bien, quand trois ou quatre semaines après sa sortie de l'hôpital Saint-Louis, vers la fin de décembre, c'est-à-dire deux mois et demi après l'apparition du chancre syphilitique, cet homme se réveille dans la nuit avec des douleurs très vives et des élancements très pénibles dans la cuisse et dans la jambe du côté droit. Il ne peut fermer l'œil, tant il souffre, et le lendemain, en voulant se lever, il constate que sa cuisse est très enflée ; il tâte la région douloureuse et il trouve un cordon dur sur la face interne de la cuisse.

On appelle un médecin, qui diagnostique une phlébite et qui prescrit des frictions à l'onguent mercuriel. Après une quinzaine de jours de ce traitement, les douleurs disparaissent, l'œdème se dissipe, et en trois semaines le malade reprend sa profession derrière son comptoir.

C'est deux mois et demi après l'apparition de cette première phlébite droite que le malade est venu nous trouver pour sa phlébite qui venait d'apparaître à gauche. Il a eu, par conséquent, deux phlébites syphilitiques : l'une à la jambe droite, deux mois et demi après le chancre, et l'autre à la jambe gauche, cinq mois environ après le chancre. Ces phlébites syphilitiques méritent bien le nom de précoces, puisqu'elles sont survenues dès les premiers mois de l'infection.

Nous prescrivons le repos au lit, et on pratique tous les jours une injection de un centigramme de biiodure d'hydrargyre en solution aqueuse. L'amélioration est des plus rapides, en moins de quinze jours, douleurs et œdème ont presque disparu, et le malade se considère comme guéri. Il quitte notre service, mais il y revient deux semaines plus tard avec une *récidive* de sa phlébite à la jambe gauche. Cette troisième atteinte ressemble aux précédentes ; les douleurs sont vives et l'œdème s'étend à la jambe et à la cuisse. Le malade reste deux mois à l'hôpital et il en sort, cette fois, complètement guéri de ses phlébites.

Un an plus tard, le 25 août 1906, cet homme revenait encore à l'Hôtel-Dieu ; les phlébites n'avaient pas reparu, mais il avait maintenant aux deux jambes des ulcérations syphilitiques.

Observation 61 (Sandmann) (1).

Phlébite syphilitique. — Syphilis maligne. — Iritis Examen histologique.

Un malade, âgé de 26 ans, distillateur, fut reçu dans un hôpital pour une adénopathie inguinale volumineuse et douloureuse, et là, les ganglions disparurent. Quelque temps après, une éruption en partie pustuleuse apparut sur tout le corps, et le malade vint le 31 août à l'hôpital Saint-Goran.

(1) Sandmann, *Derm. Gesells, in Stockholm*, 14 sept. 1905, *in Monatschefte f. Dermat.*, 1906, p. 160.

Tout le visage et le cuir chevelu sont recouverts de papules dures, fermes; quelques-unes sont ombiliquées. Des papules semblables se voient sur le tronc et les extrémités. Sur les jambes, elles sont hémorrhagiques. De même sur les paupières, on trouve des papules. En outre, à l'œil droit, on voit deux papules de l'iris grosses comme un grain de chanvre; sur la conjonctive et sous l'épithélium sain une infiltration de couleur jaune graisse. L'iris est décoloré ; synéchies et infiltration du corps vitré. Adénite généralisée.

Quelques jours plus tard, on sent les veines saphènes internes épaisses comme un crayon, elles prennent la consistance de cordons durs et douloureux. Une partie de la veine céphalique du bras gauche est prise également. Un morceau de veine fut prélevé, et les coupes montrèrent une *thrombose* récente.

Observation 62 (résumée) (Bernard Marcuse) (1).

Phlébite noueuse chez une femme ayant des varices.

Il s'agit d'une femme de 34 ans infectée par son mari, qui le 14 septembre 1904 vint en traitement avec une éruption papuleuse confluente, et des plaques à la vulve. Malgré une sensibilité particulière au mercure constatée déjà au commencement, on lui injecta une petite quantité de mercure. Les manifestations rétrocédèrent. Jusqu'au 17 janvier, la malade avait reçu six injections de un, un et demi, ou deux centim. cubes d'une solution de sublimé à 1 %. A cause d'une influenza, le traitement fut interrompu.

Lorsque la malade revint le 2 février, en plus d'une nouvelle éruption, elle portait deux nodosités au milieu de la jambe sur le trajet de la veine saphène interne, que l'on sent encore légèrement. Malgré cela la grosseur primitive regressa sous l'influence du traitement par les frictions mercurielles. Les nodosités siègent surtout sous la peau, et par leur partie centrale la perforent. Là on voit une connexion avec le tronc des veines, il s'agit donc d'un cas typique de phlébite noueuse syphilitique.

Depuis des années, la malade avait des *varices* à la jambe.

(1) B. Marcuse, *Berl. Derm. Gesells*, 14 fév. 1905, in A. f. D. 1905, p. 423.

Observation 63 (B. Marcuse) (1)

Phlébite noueuse syphilitique chez une femme, et érythème noueux syphilitique.

Il s'agit d'un cas de syphilis noueuse avec atrophie centrale des nodosités disposées le long des veines. La malade souffrait au commencement d'avril d'une périostite du front et d'une adénopathie inguinale volumineuse. Au commencement de mai, sur les deux jambes apparurent des nodosités qui ressemblaient à l'érythème noueux. Sous l'influence d'un traitement par les frictions mercurielles, les manifestations ont disparu.

Le *17 juin*, apparurent de nouvelles nodosités, qui différaient des premières, en ce qu'elles se ramollissaient au centre, et qu'elles avaient une tendance à la confluence. L'atrophie centrale et la tendance à la confluence firent diagnostiquer un exanthème spécifique et non pas un érythème ordinaire.

De plus, des cordons veineux très nets existent dans la profondeur. La malade doit commencer un nouveau traitement.

Observation 64 (B. Marcuse) (2).

Erythème noueux et phlébite syphilitiques chez une femme.

Une femme de 32 ans fut infectée en 1904, et fit son premier traitement en avril 1905, consistant en injections de sublimé. Au bout de 6 injections apparut un exanthème qui ressemblait à un érythème mercuriel. En juin apparut une nodosité, au milieu de laquelle on pouvait sentir un cordon phlébitique, Sous l'influence des frictions mercurielles et de l'iodure de potassium, elle disparut, ainsi qu'une éruption rupiacée de la tête. Quelques jours après, apparut un nouvel exanthème noueux sur les bras, les cuisses et les jambes, qui ressemblait à l'érythème noueux syphilitique. Ici aussi le caractère distinctif est la tendance à la confluence des nodosités.

(1) B. Marcuse, *Berl. Derm. Gessell*, 3 juillet 1906, A. f. Derm., 1906, t. 82, p. 436.

(2) B. Marcuse, *Loco citato*.

Observation 65 (résumée) (B. Marcuse) (1)

Périphlébite syphilitique secondaire chez une jeune fille ayant des varices et une affection cardiaque.

C'est une femme de 22 ans, atteinte de syphilis secondaire, et d'une périphlébite syphilitique de la jambe droite. Antérieurement, elle avait déjà des *varices* qui étaient apparues à 18 ans. Depuis 4 ans, la malade n'a eu aucun malaise. Elle a en outre de la tachycardie et de la dyspnée passagère; le pouls bat à 120; les ventricules sont dilatés, mais sans affection valvulaire.

Observation 66 (résumée) (Alexander) (2).

Phlébite syphilitique noueuse chez une femme.

Femme de 22 ans, domestique, entre à l'hôpital en mai 1903, avec les signes d'une syphilis secondaire récente : roséole, adénopathies multiples, plaques muqueuses. La peau de la jambe était œdématiée et cyanosée; dans le tissu adipeux sous-cutané des deux extrémités inférieures, on sentait plusieurs nodosités dures. Dans le mollet gauche, on trouve une formation en forme de cordon, longue de 3 à 4 centimètres. Après un repos au lit de 2 jours, l'œdème et la cyanose disparurent, mais la plupart des nodosités étaient encore dures au toucher. Au mollet droit, on excisa avec anesthésie locale à la cocaïne une nodosité des plus perceptibles.

Lorsque le malade entra, nous constations que les manifestations étaient localisées aux deux jambes, et que les nodosités sous-cutanées, étaient une inflammation syphilitique des veines sous-cutanées. Nous y croyions d'autant plus que Neisser de Stettin avait publié à cette époque son cas de *phlébite syphilitique migratrice*, auquel type nous comparons notre cas.

L'examen microscopique n'a pas confirmé cette hypothèse. Il ne s'agit pas d'une phlébite.

(1) B. Marcuse, *Loc. citato.*

(2) Alexander, *Breslauer dermatol. Vereinigung, in Arch. für Derm.* 1906, tome 79, p. 435.

Observation 67 (Audry) (1).

Phlébite syphilitique ilio-crurale double à type de phlegmatia alba dolens chez une femme. Exacerbation nocturne de la douleur.

Madame X.., âgée de 25 ans, a pris la syphilis de son mari, il y a trois ans. Au début, pendant les douze premiers mois, la maladie fut traitée et évolua normalement. Puis le traitement ne fut suivi qu'irrégulièrement. Il y a 2 ans, poussée de lithiase rénale.

En Décembre 1905, je la revois anémiée, pâlie, se plaignant de douleurs; elle présente sur la crête du tibia droit une exostose récente, volumineuse et douloureuse. Ces accidents guérissent par une cure de 30 frictions d'onguent napolitain, et 7 à 8 grammes quotidiens de KI. Pas d'albumine. J'envoie la malade se reposer à la campagne. Le 18 Février, au retour d'une course en *bicyclette*, elle s'aperçoit qu'elle ne peut pas fléchir la cuisse gauche. Dans la nuit, en allant à la selle, elle réussit à la plier, « *en entendant un craquement* ». Pas d'autres accidents jusqu'au 25 du même mois, mais dans la nuit de ce jour, douleur vive et brusque dans la cuisse et l'aine gauche. Aussitôt le membre inférieur se gonfle, devient bleuâtre. L'œdème va du cou-de-pied au pli inguinal. Le 26, on reprend le traitement mixte.

Je vois la malade le 1er mars; œdème livide de tout le membre inférieur; quelques dilatations veineuses superficielles (la malade n'a pas eu de grossesse); vive sensibilité au niveau du tiers inférieur de la veine fémorale; cette sensibilité devient une douleur au niveau du triangle de Scarpa et de l'anneau crural; et aussi dans la partie inférieure de la fosse iliaque. Au toucher, on ne perçoit pas de cordon. Point de fièvre; la langue est bonne.

Le jour, la malade ne souffre pas, *mais les nuits sont pénibles*. Repos au lit, frictions Hg, car la malade refuse toute injection. Iodure de potassium.

Le 15 mars, amélioration considérable; l'œdème a diminué; la couleur livide a presque complètement disparu; il y a moins de douleurs; les mouvements du membre deviennent assez faciles.

Le 22 mars, le membre inférieur gauche va très bien, sauf encore un peu d'œdème ; mais l'avant-veille, la malade a ressenti brusquement une vive douleur dans la région ilio-inguinale droite; aussitôt

(1) Audry, *Bull. Soc. franç. de Dermat.*, 1906, p. 347.

après, œdème diffus de la totalité du membre, surtout à la cuisse et a la jambe; coloration livide. Au toucher, vive sensibilité sur le trajet de l'iliaque droite et de la veine crurale.

Pas de cordon. Quelques douleurs spontanées vives, mais passagères; impotence du membre. Apyrexie.

Continuation du traitement.

Le 1er avril, état légèrement amélioré.

Le 7 avril, progrès considérables; moins de douleurs; lividité disparue; œdème diminué.

Le 15 avril, on suspend les frictions.

Le 20 avril, les douleurs ont complètement disparu. L'œdème est nul, sauf quand la malade se lève pour marcher (œdème du pied). Etat général excellent. On suspend l'iodure de potassium. On reprendra le mercure dans quelques jours.

Pour le moment, on peut considérer la phlébite comme guérie.

20 mai. — La malade reste guérie, sauf un peu d'œdème des pieds après la marche.

Observation 68 (Arndt) (1).

Phlébites multiples des veines superficielles des membres et du plexus pampiniforme.

Il s'agit d'un malade qui en juin 1906 eut un chancre induré. Il a encore une éruption abondante sur la peau du tronc, et des syphilides papulo-pustuleuses du cuir chevelu et des narines. Depuis trois semaines, sans cause, le malade eut des douleurs dans le scrotum, puis aux deux bras, à la cuisse droite et au niveau de la partie inférieure de la malléole gauche, exacerbées par le mouvement et la pression.

Comme cause de cette maladie, on trouva une phlébite multiple en forme de cordon.

Sur le territoire des veines variqueuses du **plexus pampiniforme gauche,** on trouva un cordon dur, roulant sous le doigt, rampant sous la peau, perceptible, légèrement sensible à la pression, et tout à fait mobile, qui par endroits présentait des nodosités grosses comme un pois. Dans le pli du coude gauche, sur le trajet de la veine cubitale, on trouva des cordons séparés entre eux par un petit intervalle, et longs de un à deux centimètres et demi, ronds, durs, un peu sensibles

(1) Arndt, *Berl. Derm. Gesell,* 8 janvier 1907, *in Dermat. Zeitchrift* 1907, p. 124.

à la pression, montrant par place des inflammations en forme de fuseau. A la face interne du biceps droit, on sent une nodosité, dure et grosse comme un grain de plomb. A la face interne du 1/3 inférieur de la cuisse droite on sentait depuis quelques jours un cordon sans adhérence aux plans profonds, rond, dur, long de 3 à 4 centimètres, qui était un peu sensible à la pression. Au-devant de la malléole interne gauche on trouve sur le trajet des veines superficielles une formation longue de un centimètre, en forme de fuseau, dure et légèrement sensible à la pression.

Ce cas est intéressant par la localisation de la phlébite au plexus pampiniforme, qui n'a pas encore été décrite dans la littérature.

Observation 69 (Tourneux et Lévy, 1908) (1).

Phlébite syphilitique secondaire à propagation centrifuge.

Francis B..., graveur sur bois, âgé de 32 ans, ne présente dans ses antécédents héréditaires ou collatéraux, aucun fait notable à signaler.

Comme antécédents personnels, il a eu la rougeole dans l'enfance, une blennorrhagie à 16 ans, la typhoïde à 22 ans et la variole à 23 ans. C'est vers la fin du mois de septembre 1907 qu'il contracta un chancre situé dans le côté gauche du sillon balano-préputial. Il alla consulter un médecin de Toulouse, qui le soigna pendant 2 mois avec un sérum. Le chancre fut assez rapidement guéri, mais le malade présentait bientôt un certain nombre d'accidents secondaires, plaques muqueuses aux lèvres, aux joues et sur le prépuce; et sur l'abdomen un certain nombre de syphilides cutanées. Peu satisfait du traitement accompli jusqu'alors, il vint à la consultation de la clinique vers le milieu du mois de décembre, et sans l'hospitaliser, on le traita au moyen de piqûres intra-musculaires d'huile grise. Se sentant très fatigué, et ne pouvant continuer son métier, il vint le 27 janvier, et demanda à entrer à l'hôpital où on lui continua le même traitement.

Le 29 *janvier, au matin,* notre malade aperçut à 2 centimètres au-dessous du point d'abouchement de la saphène interne à la fémorale, un petit cordon cylindroïde, allongé, dur; le pourtour de la région présentant un léger empâtement, ce cordon était douloureux, surtout à la pression, et la peau avait à ce niveau une teinte légèrement rosée. Les jours suivants, d'autres points de la saphène se prirent à leur tour,

(1) Tourneux et Lévy, *Sur un cas de phlébite syphilitique superficielle, Toulouse médical,* 1908.

et examinant aujourd'hui notre malade, on remarque que la saphène présente cinq points d'inflammation, 3 sur la cuisse et 2 sur la jambe, chacune des zones malades étant séparée de la suivante par un territoire complètement sain. Dans notre cas, la marche de la propagation phlébitique a été le contraire de ce qu'on voit généralement, car, au lieu d'être centripète, c'est-à-dire de se propager de l'extrémité inférieure du membre à sa racine, elle a été *centrifuge*, le premier point lésé étant situé, ainsi que nous l'avons déjà dit, au voisinage de l'abouchement de la saphène dans la fémorale.

L'examen de notre malade nous fournit encore d'autres renseignements, car il nous fait assister à l'évolution clinique de la phlébite syphilitique. Cette affection évolue en effet sur deux périodes: la première période dite de modalité inflammatoire, d'une durée de quelques jours à peine, et une deuxième période un peu plus longue, dite de modalité froide, et consistant en une simple induration plastique de la paroi vasculaire.

C'est ce qui se voit sur notre sujet : les trois premiers cordons sont déjà dans la modalité froide, alors que les deux suivants présentent tous les caractères de la modalité inflammatoire.

Observation 70 (Panella) (1).

Phlébite syphilitique secondaire de la saphène externe chez une femme de 57 ans ayant des varices.

C... A, femme de 57 ans, mariée, habite à Granarole, dans la province de Bologne. Elle est femme de ménage et de condition pauvre. Réglée à 15 ans; mariée à 25; eut 7 fils, 5 vivants, 2 sont morts. Le mari de la malade a 58 ans et n'a jamais été malade. Dans les premiers jours de décembre 1907, il remarqua une tuméfaction du prépuce et il ne pouvait découvrir le gland. Il se présenta à la consultation de la clinique de Bologne, où on fit le diagnostic de chancre induré du prépuce, et de syphilis secondaire; et on lui fit une série d'injections de sublimé corrosif. Une semaine après l'établissement du diagnostic de son mari, la malade remarqua une éruption sur l'abdomen et sur le tronc, pour laquelle elle demanda à rentrer à l'hôpital de la clinique le 27 décembre 1907.

A l'examen, on voit sur le tronc et l'abdomen une éruption de taches roses, disséminées, de grandeur variable, confluente en certains points.

(1) Panella, *De la phlébite syphilitique secondaire*, *Giornale italiano della malattie veneree e della pelle*, 1908, p. 684.

Ces taches sont arrondies, non surélevées. Rien sur les muqueuses. Etat général bon. On diagnostique une roséole secondaire. Le 30 décembre, injection de 0,05 centigrammes de calomel. On lui en fait 3 et le 2 février 1908, elle quitte l'hôpital pour se faire soigner à la consultation de médecine. Du 2 février au 1er mars, elle reçoit 8 injections, deux par semaines, de 0,05 centigrammes de salicylate de mercure.

Le *1er mars*, la malade demande à rentrer à la clinique de nouveau.

Examen objectif. — Il existe une éruption sur le tronc, exclusivement à la région dorsale, de taches érythémato-papuleuses, roses, disparaissant incomplètement à la pression. Les taches sont de grandeur différente, punctiformes, lenticulaires, en gouttes. Au niveau de l'omoplate, elles sont confluentes et recouvertes en grande partie de squames blanchâtres, et adhérentes. Sur le tronc, l'éruption est bilatérale et symétrique. Sur la face, on voit aussi des taches érythémateuses. Sur la jambe droite, on voit des *varices* sans œdème. La jambe droite présente au niveau du tiers inférieur, une nodosité dure, grosse comme un noyau, sur laquelle la peau glisse librement, et légèrement sensible à la pression. Aucun autre point de la crête tibiale droite n'est douloureux ou malade. Rien au tibia gauche.

A la face postérieure de la jambe gauche existe une légère télangiectasie superficielle. A la jambe droite, et au niveau de son tiers supérieur, nous voyons trois taches de couleur rose vif, à contour irrégulier, grosses comme une pièce de deux centimes. Les trois taches disparaissent complètement à la pression, et sont infiltrées dans la profondeur comme on le sent à la palpation. Elles se laissent mal délimiter à la palpation profonde. Elles ont le volume d'un noyau élastique, modérément dur, douloureux, et sur lequel la peau glisse librement. Ganglions cervicaux et épitrochléens. Rougeur et hypertrophie des amygdales, pharyngite catarrhale intense.

Le diagnostic est : syphilides psoriasiformes, phlébite syphilitique de la veine saphène externe. Repos absolu et injections de calomel à 0,10.

Le *8 avril*, on fait la cinquième injection, ce qui fait 0,50 de calomel. Les lésions blanchissent, et la peau reprend peu à peu son aspect normal. A la palpation la tache supérieure montre un diamètre transversal de trois centimètres et un antéro-postérieur de deux centimètres. La peau au-dessus est légèrement rose. Les deux papules inférieures sont semblables et recouvertes d'une peau de couleur rose livide. Les 3 papules sont un peu surélevées sur la peau.

Le *7 mai*. — Les syphilides ont presque complètement disparu. Le processus phlébitique est presque terminé, et la malade sort de la clinique pour continuer son traitement à la consultation.

Le *26 octobre*. — On revoit la malade. Elle a suivi scrupuleusement son traitement anti-syphilitique. Plus de traces de phlébite; mais elle porte des onyxis syphilitiques aux ongles des mains et des pieds.

Observation 71 (Dieulafoy) (1)

Triple infection vénérienne.

(Phlébite syphilitique).

Il y a trois mois, à la suite d'un coït infectant, le malade de la salle Saint-Christophe, n° 1, a été atteint d'une triple infection vénérienne, à savoir la blennorrhagie, le chancre simple et le chancre syphilitique.

Cet homme n'ayant eu de rapports qu'avec une seule femme, à une date qu'il nous a nettement fixée, on peut affirmer que cette femme recélait en elle la flore microbienne vénérienne au grand complet; c'est-à-dire : le gonocoque de Neisser, agent de la blennorrhagie, le bacille de Ducrey, agent du chancre simple, et le tréponème pâle de Schaudinn, agent de la syphilis.

Sous l'influence de la blennorrhagie et des chancres simples s'est développée une balanopostite avec abondante suppuration, œdème intense du prépuce et phimosis complet.

Au point de vue de leur évolution, les infections ont fait leur apparition dans l'ordre chronologique qui leur est habituel.

La blennorrhagie est survenue après trois ou quatre jours d'incubation, et elle n'était pas terminée quand le malade est entré dans notre service. Le pus contenait du gonocoque en abondance.

La date d'apparition des chancres simples, qui étaient en partie cachés par le phimosis a été plus difficile à préciser. Néanmoins il est permis de croire que ces chancres ont apparu peu de jours après l'infection, comme c'est l'usage, et ils se sont multipliés sur place par réinoculation. La constatation du bacille de Ducrey a précisé le diagnostic.

Quant au chancre syphilitique, il était certainement cicatrisé depuis plusieurs semaines lorsque nous avons examiné le malade. Au travers du prépuce œdématié et infiltré, il n'était guère possible de percevoir l'induration plus ou moins persistante que laisse après elle le chancre syphilitique. Mais le diagnostic du chancre syphilitique pouvait être

(1) Dieulafoy, *Presse médicale*, 1909, p. 130.

affirmé grâce à la pléiade ganglionnaire qui existait des deux côtés à la région inguinale.

Cette pléiade était caractéristique, elle était formée, suivant la description de Fournier, « par un groupe, par un chapelet de ganglions de volume moyen, aphlegmasiques, indolents, durs, indépendants les uns des autres, indépendants de la peau et des tissus sous-jacents, par conséquent libres et mobiles sous le doigt, en sorte qu'avec le doigt on parvenait aisément à les circonscrire, à les compter, à les faire rouler sous les téguments. » Le diagnostic de chancre syphilitique étant fait, nous attendions l'apparition des accidents secondaires : roséole et plaques muqueuses. Journellement le malade était examiné avec soin et rien encore ne se montrait. Cependant un jour, à la poitrine, au flanc et au dos, apparaissent quelques petites taches discrètes, à peine rosées : c'était la roséole syphilitique. La durée de cette éruption a été fort courte, elle n'a même pas atteint une semaine, sans doute parce que le traitement par les injections de biiodure d'hydrargyre avait été pratiqué le jour même de l'arrivée du malade à l'hôpital. Nous savons même que la roséole peut faire défaut « si le traitement mercuriel est institué dès le début de l'infection (Fournier). »

L'état général était excellent, la blennorrhagie avait disparu, les chancres simples, traités par l'iodoforme, étaient en voie de cicatrisation, la balano-postite suppurait beaucoup moins, quand surviennent quelques douleurs de tête et une légère élévation de température.

Une phlébite douloureuse se déclare presque simultanément aux deux jambes, l'œdème, sans être bien considérable, gagne les cuisses et le scrotum. Nous portons le diagnostic de phlébite syphilitique, car la phlébite, qui venait d'apparaître sous nos yeux avait tous les caractères de la phlébite syphilitique : elle était localisée d'emblée à plusieurs veines, sans réaction vive et elle survenait d'une façon précoce, trois mois environ après le début de l'infection.

Observation 72 (Achard et Demanche) (1)

Phlébite syphilitique à forme de phlegmatia.

(*Néphrite syphilitique. — Albuminurie abondante*).

Le nommé, Léopold R...., âgé de 20 ans, garçon de café, entre à l'hôpital Necker, salle Vernois, lit n° 7, le 4 mars 1907.

(1) Achard et Demanche, *Arch. mal. cœur et vaisseaux*, août 1909, p. 449.

Il se plaint de douleurs et de gonflement dans la jambe gauche, qui ont débuté, il y a cinq jours environ, dans la région du genou et ont augmenté rapidement, rendant la marche impossible. On constate en effet que tout le membre inférieur gauche est fortement œdématié. La peau est rouge, chaude et tendue; la pression du doigt n'y marque pas de godet; on y remarque de petites taches de purpura, non effacées par la pression, surtout nombreuses sur la face dorsale du pied. Le malade ne peut mouvoir sa jambe. Tout le membre est sensible à la palpation, sans douleur localisée. Il y a un peu d'*hydarthrose* du genou.

On retrouve quelques taches purpuriques à la face postérieure des deux coudes. D'autre part on observe sur tout le tronc une éruption abondante de macules rougeâtres, à teinte légèrement cuivrée ; son aspect reproduit exactement celui de la roséole syphilitique.

Le malade dit avoir eu, il y a deux mois et demi, à la verge, un chancre auquel il ne fit pas attention et qu'il ne soigna pas; actuellement on constate seulement une légère induration sur le filet. Les cheveux tombent depuis quelques jours et se laissent arracher facilement. Il n'y a pas de plaques muqueuses, ni à la bouche, ni à l'anus. Les ganglions inguinaux sont légèrement indurés et augmentés de volume; pas de ganglions épitrochléens ou mastoïdiens. La rate a des dimensions normales.

Les *urines* sont peu abondantes, foncées et fortement albumineuses (15 grammes au tube d'Esbach), sans aucun phénomène urémique. Température : 38°. Pouls plein et bien frappé.

On ne constate rien d'anormal aux autres appareils. Le malade est très vigoureux; il n'y a rien à noter dans ses antécédents. Lui-même n'a jamais été malade. Ses douleurs sont survenues sans cause apparente, sans traumatisme, et on ne relève aucune trace d'écorchure sur le membre malade.

Traitement : injections intra-veineuses de 0,01 de cyanure de mercure ; régime lacté.

7 mars. — L'œdème a un peu diminué; des veinosités se dessinent sur la cuisse; l'éruption purpurique pâlit.

Le liquide céphalo-rachidien ne contient aucun élément cellulaire. Urine : 500 centimètres cubes; albumine : 15 grammes.

8 mars. — Urine : 1.100 centimètres cubes; albumine : 7 grammes. par litre.

9 mars. — Crise urinaire : urine : 2.500 centimètres cubes; albumine : 0,50.

12 mars. — La quantité d'urine se maintient à deux litres ; albumine : 2 grammes. On cesse le traitement mercuriel. Quelques taches de purpura apparaissent au genou droit.

15 mars. — La quantité d'albumine est remontée à 5 grammes par litre; urines : 2 litres. La température se maintient le soir à 38°, avec un abaissement de 0°,6 à 0°,8 le matin.

Pression artérielle : 20. Globules rouges : 4.280.000 ; globules blancs : 34.000.

La douleur a diminué dans le membre inférieur gauche; mais l'œdème a persisté; la ponction de cet œdème a donné issue en 48 heures à 400 centimètres cubes environ de liquide.

Après ingestion d'une pilule de 0,05 de bleu de méthylène, le passage du bleu dans l'urine s'est prolongé pendant trois jours, et le malade n'a éliminé en tout que 0 gr. 145 de bleu.

22 mars. — La quantité d'urine est montée à trois litres; on ne trouve plus que des traces d'albumine. L'œdème diminue notablement.

23 mars. — Le malade prend deux œufs. Urine : 3 litres; albumine : 2 grammes.

24 mars. — Le malade, qui se plaint depuis deux jours d'une douleur au jarret droit, présente à la jambe droite un peu d'œdème prétibial. La température se maintient près de 38°. Urine : 3 litres; albumine : 3 grammes.

29 mars. — On reprend le traitement mercuriel, sous forme de pilules de 0 gr. 10 de protoiodure de mercure.

5 avril. — L'œdème a complètement disparu. On note une diminution de poids de 2 kilogrammes depuis l'entrée. Température : 37°. Urine : 2 litres; albumine : 2 grammes.

9 avril. — Le malade est mis au régime déchloruré. Urine : 2 litres, l'albumine persiste à la dose de 2 grammes.

12 avril. — On cesse le traitement mercuriel.

21 avril. — Le malade a pris pendant 7 jours 4 grammes de chlorure de calcium. — La quantité d'albumine est descendue à 1 gramme.

25 avril. — Albumine : 0 gr. 50. Le malade reçoit un deuxième degré et commence à se lever.

Il sort de l'hôpital le 30 avril.

Observation 73 (Etienne et Lucien) (1).

Artérite et phlébite oblitérantes syphilitiques dans un cas de gangrène massive du membre inférieur.

(*Examen histologique*).

M. V...., 38 ans, exerce dans les affaires commerciales une profession qui le force à beaucoup marcher et l'a entraîné à une assez notable consommation d'alcool. Il est en outre un sportif, grand marcheur, dont les muscles ont un développement athlétique.

Il n'a jamais été malade. Mais en 1896, il a contracté un chancre du gland. Sa syphilis aurait été traitée pendant 6 ans par des frictions. Les souvenirs sont peu précis sur les périodes de traitement.

Il n'aurait plus présenté d'accidents spécifiques attirant l'attention. Les premières manifestations d'artérite nous paraissent remonter au début de 1906. Depuis ce moment, pendant la marche, le malade fléchit parfois sur la jambe gauche; à d'autres moments, il présente nettement les signes de la claudication intermittente, d'origine artérielle; il existe des crampes dans le membre inférieur gauche.

Le *17 janvier 1909*, revenant d'une promenade à pied, il ressentit dans la jambe une douleur assez vive pour le forcer à s'arrêter dans un café.

Le *21 janvier*, au matin, étant couché, il éprouva au milieu d'un violent effort de toux, une douleur très intense dans les deux membres inférieurs. Le soir, la douleur persista, extrêmement violente, dans tout le membre inférieur gauche, et dans la nuit du 21 au 22, il fut forcé de faire faire une injection de morphine.

Le 22 au matin, M. Frœlich trouve le pied et la jambe gauche « froids de glace », livides; il ne perçut pas de battements à la fémorale. Une injection d'huile grise à 0.08 centigrammes de mercure est aussitôt pratiquée.

23 janvier. — Abolition totale de la sensibilité au niveau du pied et de la jambe; cyanose du pied et de la partie inférieure de la jambe.

24 janvier. — Cyanose persiste.

25 janvier. — Crise très douloureuse dans la nuit. Au matin, on constate l'existence d'une large plaque rouge, occupant tout le côté externe de la jambe.

Le soir, la plaque est blanche, nettement ischémique.

(1) Etienne et Lucien, *Annales de Derm. et Syphil.*, 1909, p. 545.

30 janvier. — Large placard occupant la surface de la jambe, rouge en bas, s'estompant en hauteur. En dehors, large placard blanc, ischémique, avec escharre noire au centre.

Vers les premiers jours de février, apparaissaient des douleurs de névrite dans le pied, avec sensation de déchirure, de morsure. Le petit orteil surtout, puis le 4e et le 3e noircissent et tendent à se lignifier, à se momifier.

Le *12 février*, apparition de phlyctènes entre le 4e et le 5e orteil. Le soulèvement épidermique, suintant, s'étend, et le 14, atteint la région tarsienne.

D'autre part, depuis quelque temps, sous l'influence de la douleur, de l'insomnie, de l'anorexie, l'état général s'altère; des troubles gastro-intestinaux s'établissent et l'amputation est décidée.

Elle est pratiquée le 17 février par M. le Professeur agrégé Frœlich, au tiers inférieur de la cuisse.

Réunion par première intention le 8e jour. Guérison rapide.

Observation 74 (Fidon, 1910) (1).

Phlébite du membre inférieur gauche d'origine syphilitique chez un sujet variqueux.

B..., 41 ans, préposé aux douanes, entre à l'hôpital militaire de Marseille le 2 septembre 1909, pour des douleurs qu'il accuse au niveau du membre inférieur gauche. Pas d'antécédents pathologiques, si ce n'est une adénite inguinale gauche, consécutive à un chancre mou; il subsiste la cicatrice de l'incision évacuatrice qui fut faite, à ce moment; c'est-à-dire il y a huit ans. Le malade fait remonter l'origine des douleurs qu'il ressent à un traumatisme subi il y a un mois. A cette époque, il reçut au niveau de la face externe du talon gauche, au-dessous de la malléole, une contusion légère occasionnée par le choc d'une balle de revolver arrivant morte, par ricochet. Sur le certificat du médecin de la douane, établi le jour même, il est dit que cette contusion fut tellement légère qu'elle ne s'accompagna ni de plaie, ni même d'ecchymose. Ne pensant pas qu'il s'agisse là de la cause des

(1) Fidon, *Bull. Soc. Méd. Chir. de la Drôme et de l'Ardèche*, Février 1910.

douleurs, nous recherchons un autre antécédent; il nie tout antécédent infectieux ou spécifique.

Les douleurs dont se plaint notre malade consistent en des lancées survenant dans la station debout : il ressent des lourdeurs dans le mollet, et en outre des douleurs vives, l'empêchant de faire son service actif, et l'obligeant à se reposer. Pas de phénomènes douloureux du côté de l'autre jambe.

Pas d'œdème; pas de symptômes nerveux; les réflexes sont normaux; aucun stigmate hystérique. Les points de Valleix ne sont pas constatés.

On ordonne le repos au lit et un régime léger.

Après quinze jours, notre malade est dans le même état; nous portons le diagnostic de **varices profondes,** bien qu'il n'existe aucune dilatation variqueuse superficielle. Nous faisons sortir le malade de l'hôpital le 18 septembre, en lui conseillant le port des bandes de Velpeau.

Le *25 septembre*, B... est amené dans notre service, présentant des phénomènes nouveaux. Depuis sa sortie, il dit n'avoir pu reprendre sa vie normale, les douleurs ayant persisté; mais il y a trois jours, il fut pris de douleurs plus aigües, de gonflement du membre et s'alita. Nous constatons un *œdème* énorme du membre inférieur gauche; la peau est rosée, tendue. Tout le membre est douloureux. Au palper, on cherche vainement des cordons veineux. Le diagnostic de phlébite s'impose : gouttière ouatée. On apprend que le malade a eu trois crises nerveuses depuis sa sortie de l'hôpital. Nous avons été nous-même témoin d'une de ces crises, survenue dans la rue, il y a quinze jours; il s'agissait, soit d'une crise hystérique, soit d'une attaque de de delirium. Le malade nie tout éthylisme. Pas de température. Rien dans les urines. On prescrit un régime léger : œufs et lait, et un gramme de KI par jour.

Le *4 octobre*, amélioration manifeste. L'œdème a diminué, les tissus sont devenus flasques. On perçoit la corde de la saphène interne, légèrement douloureuse. Notre malade est dans un état de nervosisme marqué depuis son entrée, pleurant facilement, s'inquiétant de son sort ultérieur.

Le *15 octobre*, l'amélioration ayant continué, on fait lever le malade deux heures par jour assis dans un fauteuil.

Le *25 octobre*, suppression du KI.

Le *4 novembre*, rechute. Nouvelle poussée de phlébite, peu douloureuse avec œdème. De nouveau, repos au lit, enveloppement ouaté. Un gramme de KI par jour.

Le *1er décembre.* Les phénomènes se sont bien améliorés, mais l'œdème persiste. Notre malade pressé de questions, finit par avouer la nature syphilitique du chancre qu'il a eu il y a huit ans. On institue un traitement mercuriel : une piqûre de *bi-iodure de mercure* par jour pendant vingt jours. Dès la huitième piqûre, l'œdème a à peu près complètement disparu; les douleurs ont diminué; notre malade se lève et peut marcher un peu.

Le *12 décembre.* — Amélioration persistante. Trois ou quatre heures de marche tous les jours. Un œdème péri-malléolaire léger persiste encore le soir.

Le *20 décembre,* le malade n'est pas guéri, mais très amélioré; il sort de l'hôpital; on lui conseille de continuer le traitement mercuriel sous la direction du médecin de la douane.

Observation 75 (Mac Donagh) (1).

Phlébite syphilitique noueuse chez une jeune fille.

Une jeune fille de 21 ans est venue à l'hôpital Saint-Barthélemy se plaignant d'une ulcération de la lèvre, apparue à Noël. Trois semaines après la malade avait de gros ganglions au cou.

14 jours après le début de l'ulcération une éruption était apparue sur le tronc et les membres.

L'examen de l'ulcération de la lèvre montra que c'était un chancre induré, et que l'exanthème était une éruption syphilitique typique. Depuis les genoux jusqu'aux malléoles, sur les deux jambes à la face antérieure et sur les faces latérales, on voyait des papules rondes, rouges, bleuâtres à peu près de la largeur d'un shilling. Lorsqu'elles apparurent la première fois, elles étaient légèrement douloureuses pendant deux jours, sans disparition des lésions.

Les papules étaient dures, bien circonscrites, discrètes et insensibles.

Quand la peau fut revenue à l'état normal, on pouvait sentir sur le trajet des veines, des nodules sous-cutanés durs. Sous l'influence du mercure, les lésions sont devenues squameuses, et tendent à disparaître sans ulcération. L'aspect des lésions, l'absence de douleur et de sensibilité, et celles-là disparaissant avec l'éruption, ne laissent aucun doute sur leur origine syphilitique, surtout lorsque les nodules sous-cutanés de phlébite purent être perçus à travers la peau normale.

(1) Mac Donagh, *British Journ. of Dermatology*, 1910, p. 59.

Observation 76 (Balzer et M^me^ Vaudet-Neveux) (1).

Périphlébites syphilitiques des veines superficielles du membre supérieur chez une femme.

Formes diffuses et nodulaires.

M... Marie, âgée de 22 ans, entre le 2 mai 1910, salle Lugol. La malade examinée tous les dix jours depuis quelques années, n'a jamais rien présenté du côté des organes génitaux.

Vers le milieu de mars 1910, elle éprouve de la douleur au niveau de l'amygdale gauche, douleur spontanée et à la déglutition; en même temps se montre une adénopathie volumineuse, cervicale, du même côté.

Le premier médecin consulté constate de l'angine et une plaque diphtéroïde à gauche. Il fait une injection de sérum antidiphtérique qui ne donne aucune amélioration. La malade continue à avoir de la douleur à la gorge, de l'enrouement, de plus une céphalée quotidienne, inconnue d'elle auparavant.

Six semaines après, c'est-à-dire vers la fin d'avril, apparaît une éruption papuleuse caractéristique, d'abord sur la poitrine, puis sur la face.

Les éléments en sont particulièrement abondants sur le front et le menton, sur la nuque et le cuir chevelu avoisinant, sur la paroi abdominale et sur tout le dos. Les seins sont à peu près épargnés, ainsi que les membres, sauf la partie supérieure des cuisses. La malade entre à l'hôpital le 2 mai. L'examen de la gorge montre une angine rouge, et, à gauche un point opalin qui disparaît par la cautérisation au nitrate d'argent. L'adénopathie cervicale et sous-occipitale existe assez marquée. Dans les aines, les ganglions sont peu volumineux. Pas de ganglions épitrochléens bien nets. Le lendemain de son entrée, le malade accuse au niveau du bras droit, au-dessus du pli du coude, de la douleur et du gonflement; la pression du vêtement lui est pénible.

En effet, il y a là une légère tuméfaction et l'on constate des renflements de petites dimensions, très douloureux à la pression, rappelant de petits ganglions engorgés.

Ces nodosités sont étagées suivant une ligne verticale et réunies par un cordon induré, occupant le trajet de la veine céphalique. Il s'étend

(1) Balzer et M^me^ Vaudet-Neveux, *Bull. Soc. Derm. et Syphil.*, 12 mai 1910, p. 143.

chaque jour davantage vers le haut du bras, et présente une longueur de 12 centimètres environ. A la même époque, on constate une manifestation analogue au niveau du bras gauche, sur le trajet de la basilique, mais les nodosités sont moins nettes. Il y a surtout de l'empâtement et de la douleur sur le trajet de la veine. Un troisième siège du même accident existe à la face interne de la cuisse droite, à peu de distance au-dessus du genou.

Le *7 mai*, la malade accuse un nouveau point douloureux à l'avant-bras gauche; on y trouve sur le trajet de la veine médiale basilique, une nodosité allongée dans le sens de la veine, nodosité oblongue, grosse comme un haricot et très douloureuse. A l'avant-bras droit, la même chose s'observe, mais très atténuée, sur la médiane céphalique.

10 mai. — Les accidents sont très atténués sous l'influence du mercure; la nodosité de l'avant-bras gauche est très réduite de volume. Au niveau du cubitus, gonflement douloureux, vers la partie moyenne de l'os. L'éruption papuleuse présente des éléments beaucoup plus abondants, et s'étend maintenant sur les membres supérieurs.

La malade est traitée par l'*huile grise*, injectée à la dose de 5 centigrammes de mercure par semaine, et les pilules de Dupuytren à raison de deux par jour.

TABLEAU SYNOPTIQUE

DES OBSERVATIONS

TABLEAU SYNOPTIQU

Auteurs	Publication	N°s des Obs.	Sexe	Age	Professions	Age de la Syphilis	Causes	Veines atteintes
Teissier	1834	9	F.					Crurales et iliaques
Girdwood	1860	10	H.		soldat ?	3 mois.		2 saphènes interne
Girdwood	1860	11	H.		soldat ?	2 mois.		2 saphènes interne
Girdwood	1860	12	H.		soldat ?			2 saphènes interne
Greenhow	1873	13	H.	33	négociant	2 ans.		4 saphènes.
Gosselin	1880	14	H.	25		3 mois $\frac{1}{2}$.		
Gosselin	1880	15	F.	25				Saphène ext. gauch
Gayraud	1882	16	H.	23				Basilique droite.
Gayraud	1882	17	H.	31	tanneur.	7 mois.		Saphène int. gauch
Bréda	1889	18	F.	28	nourrice			Saph. int. et vein S. du bras gauch
Mauriac	1890	19	H.	20		3 semain.		Saph. int. et basi que droites.
Charvot	1891	20	H.	23	soldat.	1 an.		Saph. int. gauche.
Charvot	1891	21	H.	23	soldat.			Saph. int. gauche.
Cautru	1892	23	H.			1 mois.		2 saph. internes.
Falkenberg	1892	24	H.		soldat.	2 mois $\frac{1}{2}$.		Basilique droite.
Mendel	1894	25	H.	22		1 mois.	fatigue.	Saph. int., Médian basil. et céph. g ches. céph droi
Mendel	1895	26	H.	32		2 mois.		Veines sup. des membres.
Richard d'Aulnay	1896	22	H.	25		14 mois.		Saph. ext. gauche.
Lang	1897	27	H.	26				2 saph. internes.
Lang	1901	28	F.	31	journal[re].			Saph. int. droite.
Heuzard	1898	29	F.	29		Syph.ign.		2 saph. int., méd nes céphal. et sil. droites.
Handford	1892	30	H.	30		Plus. années.		2 saph. ext. Sap int.
Barbe (2 cas)	1899	31	H.			Σ sec.		Saph. int. gauche
Fournier et Lœper	1899	32	H.	40				4 saph. Méd. céph dr. Rad. sup. dr

S OBSERVATIONS

ME DE LA PHLÉBITE	ACCIDENTS CONCOMITANTS	TRAITEMENT	GUÉRISON	EXAMEN HISTOLOGIQUE
ne jambe gauche.	Syph. ulcéreuses. Plaques muqueuses.			
ite avant la roséole.				
ne. Douleur.	Myosite syphil.	KI.	2 mois.	
	Syph. vésiculo- papul. Gommes s/-cutanées.	KI. Van Swieten.	3 semaines	
ne local. Douleur.	Roséole. Céphalée.		15 jours.	
. Douleur. Rougeur. ème.	Roséole. Angine et Laryngite syph.		2 mois $\frac{1}{2}$	
ur. Rougeur. OEdè-			1 mois.	
ne.	Plaques vulve.	Sublimé. KI.	2 mois.	
ur. Gros œdème. ssées successives.	Plaques. Syphilides.		6 mois.	
ur. OEdème malléo- e.	Roséole. Adénopathies.	Frictions KI.	1 mois.	
urs nocturnes. OEdè- malléolaire.	Roséole. Angine.	Mixte.	1 mois.	
ur. Fièvre.	Chancre lèvre. Roséole. Rhumatisme artic. aigu.		1 mois.	
ur.	Syphil. papuleuses. Rhumatisme.	Frictions KI.	1 mois.	
ur. Rougeur.	Syphil. ulcéreuses.	Protoiodure KI.	Incomplète. Récidive.	P. 17
ur.	Myosite syph.	Mixte.	Rapide.	
ur. OEdème.	Pleurésie. Ictère.	Hg.	15 jours.	
	Syphil. secondaires.	Mixte	3 mois.	
ne léger.	Plaques.	Pil. grises. Trait. local.	1 mois.	
ne malléolaire. Dou- s nocturnes.	Gommes du tibia.	KI. Trait. local.	Incomplète.	
		Mixte	Incomplète.	
œdème.		Mixte. T. local.	Incomplète.	
ite avant roséole.	Syphil. papuleuses.	Protoiodure KI.	Incomplète.	

Auteurs	Publication	N°s des Obs.	Sexe	Age	Professions	Age de la Syphilis	Causes	Veines atteintes
Fournier et Lœper	1899	33	H.	22		Σ second.		Veines des 4 membres. Tégum. abd. gauche.
Bondésio et Monthus	1899	34	H.	31	garç. coif.	5 mois.		Saph. externe.
Thibierge et Monthus	1900	35	H.	31	plongeur.	2 mois ½.		2 saph. internes.
Thibierge et Monthus	1900	36	H.	41	débardeur	2 mois ½.	fatigue.	Saph. int. et céphal. droites.
Le Noir	1899	37	H.	30		3 mois.		Saph. interne.
Le Noir	1899	38	F.	23			varicosités	2 saph. externes.
Haslund	1900	39	F.	29				2 saph. int. et 2 basi.
Jacquinet	1900	40	H.	30		3 mois.	station de bout.	Saph. externe.
Finger	1900	41	H.					Veines sup. des 4 membres.
Collinot	1901	42	F.	23				2 saph. interne.
Ullmann	1901	43	F.			1 an ½.		2 saph. interne.
Marcuse (Max)	1902	44	F.	19		7 mois.		Saph. int. dr. Céph. gauche.
Œttinger	1902	45	H.	47	forgeron.			2 saph. ext. Saph. int. gauche.
Micheleau	1902	46	F.	25				Saph. int. gauche. 2 saph. ext. Céphal. dr. Dorsale du poignet.
Audry et Constantin	1902	47	F.	41				Poplitée droite.
Campbell	1902	48	H.	38	maçon.	10 mois.	hémiplég.	Saph. int. droite.
Roussy	1903	49	H.	26		3 mois.		2 saph. internes.
Roussy	1903	50	H.	25	maçon.	5 mois.		4 saphènes.
Renault et Roussy	1903	51	H.	29				2 saph. internes.
Gaucher et Chiray	1903	52	F.	27				Cubit. superficiel.
Neisser	1903	53	H.					Basil. et céphaliques.
Hoffmann (E.)	1903	54	H.	22	batelier.	2 mois.		2 saph. internes.
Hoffmann (E.)	1903	55	H.	36	sculpteur.	2 mois.		Saph. ext. gauche.
Hoffmann (E.)	1903	56	F.	33				Saph. interne.
Blumenfeld	1904	57	H.	22		6 mois.		Saph. int. droite.
Gaucher et Touchard	1904	58	H.	42				2 saph. int. Cubit. sup.
Marcus	1905	59	H.	24		4 mois.	fatigue.	2 saph. interne.
Dieulafoy	1905	60	H.	29	garç. de md de vin	2 mois ½.		2 saph. internes.

Forme de la phlébite	Accidents concomitants	Traitement	Guérison	Examen histologique
	Syphil. palmaires et plantaires.	Mixte.	1 mois.	
Douleur.	Plaques.	Protoiodure.	1 mois.	
Œdème léger.	Roséole. Plaques. Rhumat.	Huile ou calomel.	Incomplète.	P. 19
Douleur.	Syph. papul.-squam. Gros foie, grosse rate. Plaques.	H. grise. H. calomel.	3 mois.	
Douleur.	Plaques.	Hg.	5 semaines.	
Douleur. Œdème léger.	Roséole. Plaques. Syph. pap.-squam. Périostite. Syph. papul.	Hg.	1 mois	
Douleurs nocturnes. Œdème léger.	Chancre. Roséole pap. Plaques. Alopécie. Syph. pap.-squam.	Pil. sublimé. T. local. Hg.	2 mois.	
Douleur. Fièvre.	*Iritis*. Angine. Roséole. Alopécie. Périostite.	Van Swieten.	3 mois.	
Œdème. Rougeur. Fièvre. Eryth. noueux syphilitique.	Angine. Albumine. Plaques. Syph. pap.-squam.	Inj. sublimé KI.	1 mois.	
Fièvre. Douleur. Œdème léger.	Syph. pap.-squam. Céphalée.	Inj. de calomel.	35 jours.	
Poussées successives. Œdème. Douleur. Rougeur. Fièvre.	Tuberc. pulm. Syph. pap.-squam. Plaques.	Protoïodure.	3 mois.	
Phlegmatia. Douleur.	Plaques. Collier Vénus.	Frictions.		
Douleurs nocturnes. Œdème. Rougeur.	Hémiplégie.	Hermophényl.	2 mois.	
Pas de signes fonctionnels.	Syph. pap miliaires. Plaques.		6 semaines.	
Pas de signes fonctionnels.	*Iritis*. Roséole papul. Céphalée. Alopécie.	Inject. de biiodure.	Incomplète.	
Fièvre. Fourmillements. Œdème léger. Douleur.		Protoiodure KI.	Rebelle.	
Fièvre. Rougeur.	Chancre amygdale. Albumine. Périostite. Roséole papul.	Inject. de benzoate.	Incomplète.	
Phlébite noueuse.				P. 121
Phlébite noueuse. Douleur. Œdème.	Céphalée. Rupia. Roséole. Angine.	Inj. sublimé KI.	Récidive.	P. 122
Phlébite noueuse. Œdème.	Myosite. Roséole. Angine.	Frictions KI.	5 semaines.	P. 123
Phlébite noueuse. Œdème. Rougeur. Nodosités valvulaires.		Mixte. Inj. de calomel.	2 mois.	
Poussées successives. Douleur. Rougeur.	Syphil. papul.	Inject. benzoate.		
Douleurs nocturnes.	Angine.	H. grise	Récidive. 2 mois.	P. 127
Phlegmatia. Hydarthrose. Douleur.	Poussées successives.	Biiodure.	Récidive. 9 mois.	

Auteurs	Publication	N°s des Obs.	Sexe	Age	Professions	Age de La Syphilis	Causes	Veines atteintes
Sandmann	1905	61	H.	26	distillat.			2 saph. int. Céphal. gauche.
Marcuse (B.)	1905	62	F.	34		7 mois.	varices.	Saphène interne.
Marcuse (B.)	1906	63	F.			5 mois.		
Marcuse (B.)	1906	64	F.	32		1 an.		
Marcuse (B.)	1906	65	F.	22			varices.	Saph. int. droite.
Alexander	1906	66	F.	22	domestiq.		mal de cœ	
Audry	1906	67	F.	25		3 ans.	bicyclette.	Iliaques et fémorales.
Arndt	1907	68	H.			5 mois.		Plexus pampiniforme. Veines sup. des 4 membres.
Tourneux et Lévy	1908	69	H.	32	graveur.	4 mois.		Saph. interne.
Panella	1908	70	F.	57	ménagère.	2 mois.	varices.	Saph. int. droite.
Dieulafoy	1909	71	H.			3 mois.		2 saph. internes.
Achard et Demanche	1909	72	H.	20	garç. de c			Veines prof. du m. infér. gauche.
Etienne et Lucien	1909	73	H.	38		15 ans.	sport.	
Fidon	1910	74	H.	41	douanier.	8 ans.	varices.	Saphène interne.
Mac Donagh	1910	75	F.	21				
Balzer et Mme Neveux	1910	76	F.	22		1 mois.		Veines des 2 bras. Saph. int. droite.
Thibierge et Ravaut	1910	7	H.	29	garç. de c	3 mois		2 saph. int. Veines de l'avant-bras droit.
Personnelle	1911	1	H.	25	peintre.	6 mois.		Veines sup. des 4 membres.
Personnelle	1911	2	H.	20	serrurier.	1 mois.		Veines sup. des 4 membres.
Personnelle	1911	3	H.	19	garç. de restaurant	1 mois.		4 saph. Céph. dr.
Personnelle	1911	4	H.	17	terrassier	1 mois.		Veines sup. des 4 membres.
Personnelle	1911	5	H.	28	plombier.	1 mois.		Veines sup. des 4 membres.
Personnelle	1911	6	H.	20	employé.	7 mois.		Veines sup. des 4 membres.

Forme de la phlébite	Accidents concomitants	Traitement	Guérison	Examen histologique
	Iritis. Syph. pustul.			P. 130
Phlébite noueuse.	Erythème noueux syphil.	Frictions.		
	Eryth. noueux syph. Rupia.	KI. Frictions.		
	Syph. second.			
Phlébite noueuse. Œdème Cyanose.	Roséole. Plaques.			P. 133
Phlegmatia. Douleurs nocturnes.		Mixte.	3 mois.	
Douleurs.	Syph. pap. pust.			
Douleur. Rougeur.	Syph. psoriasif.	Inj. de calomel.	3 mois.	
Douleur. Œdème.	Roséole.			
Phlegmatia. Douleur. Hydarthrose.	Albumine. Roséole. Alopécie.	Cyanure intraveineux		
Douleurs nocturnes.	Artérite oblit. de jambe gauche.	H grise.		P. 26
Phlegmatia. Douleur.		Biiodure KI.		
Phlébite noueuse.				
Douleur. Œdème.	Chancre amygdale. Syph. papul.	H. grise. Pil. de Dupuytren.	Incomplète.	
Douleur légère.	Syph. follicul.	H. grise.	Incomplète.	P. 32
Pas de signes fonctionnels.	Roséole. Collier de Vénus.	Cyanure de Hg. intraveineux.	Incomplete.	P. 35
Phlébite avant roséole.	Chancre syph. Céphalée. Grosse rate.	Arsenic.	Incomplète.	P. 37
Pas de signes.	Roséole. Céphalée. Angine.	Cyanure intraveineux	Incomplète.	P. 38
Phlébite avant roséole.	Chancre anal.	606 intra musculaire.	Incomplète.	
Phlébite avant roséole.	Chancre mixte. Rate grosse.	Cyanure intraveineux.	Incomplète	
Pas de signes.	Syph. pap. croûteuses. Angine. Laryngite.	606 ds. veines et muscles.	Incomplète.	

CONCLUSIONS

1°.— La phlébite syphilitique apparaît le plus souvent pendant la période des accidents secondaires ; c'est donc une affection précoce survenant pendant les premiers mois de l'infection.

2°. — Elle peut être plus précoce encore et apparaître au stade du chancre, avant toute manifestation secondaire.

3°. — Il est actuellement démontré que cette phlébite est bien de nature syphilitique, comme le prouvent la présence du *Spirochaete* dans les tuniques veineuses et l'inoculation expérimentale au *singe* ayant reproduit un chancre syphilitique.

4°. — Les veines atteintes sont le plus souvent les veines superficielles des membres inférieurs, par où les lésions débutent ordinairement.

5°. — Il est exceptionnel que la phlébite syphilitique limite ses atteintes à une seule veine, et l'on constate fréquemment que les lésions sont symétriques et généralisées.

6°. — Plus fréquente qu'on ne le croit, elle se rencontre plus souvent chez les hommes que chez les femmes. La grande majorité des malades sont des sujets jeunes, ayant de 20 à 30 ans.

7°. — Il semble que la fatigue, les professions qui exigent une station debout prolongée, prédisposent à l'apparition de la phlébite syphilitique précoce.

8°. — Le début est insidieux, peu bruyant, rarement accompagné de symptômes attirant l'attention du malade.

9°. — L'évolution est apyrétique, presque indolore, ne s'accompagne généralement pas d'œdème, et rarement d'impotence fonctionnelle des membres.

10°. — La guérison est obtenue en l'espace de 3 semaines à 6 mois, sans aucune complication, sans embolie pulmonaire et sans séquelles.

11°. — Le diagnostic repose sur l'allure bien spéciale de l'affection et sur la coexistence de manifestations syphilitiques.

Accepté par le Président :,

Ch. Achard.

Vu, le Doyen :

D. Landouzy.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

C. Liard.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Jean Astruc : *De morbis veneris libri novem.* Venise 1748.

Guattani : *De externis anevrysmatibus manu chirurgica pertractandis...* Rome, 1772.

Hogdson : *A Treatise of the decease of Arteries and Veins.* London, 1815.

Tessier : *Société anatomique.* 1834.

Dittrich (F.) : *Vierteljahresschrift für prakt. Heilkunde.* Prague, 1849.

Borel : *Thèse de Strasbourg.* 1859.

Girdwood : *On three cases of phlebitis occurring in patients affected with syphilitic poison.* The Lancet, 1860, p. 619 (3 hommes).

Aufrecht : *Dissert. inaugurale.* Berlin, 1866.

Schuppel : *Uber periphlebitis syphil. bei Neugebornen.* Arch. für Heilkunde, 1870.

Cornil : *Arch. de Physiol. norm. et pathol.* 1872.

Greenhow : *Case of muscular tumours and of phlebitis with plugging of the superficial veins of both legs, in a patient subject of constitutional syphilis. (Transactions of Clinical Society).* London, 1873, t. VI, p. 143 (1 homme).

Heubner : *Die luetische Erkrankungen der Hirnarterien.* Leipzig, 1874.

Deakin : *The Lancet.* London, 1875, I. p. 552.

Loir : *Des coagulations du sang dans le système veineux (Thèse de Paris,* 1875).

Dowse : (*Bristish Medical Journal*, 1875). *Gumma syphil. of post cerebr. sinuses and tentorum cerebre (Transact. of pathol. society of London,* 1876, t. XXVII, p. 2).

Heiberg : *Norsk Magaz f. Lagevidenskaben.* 1877.

Chauvel : *Société de Chirurgie.* 1878, t. IV, p. 352.

Gosselin : *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité.* 3e édition. Paris, 1879, t. III, p. 316 (1 homme et 1 femme).

Cornil : *Leçons sur la syphilis.* Paris, 1879, p. 38.

Huber : *Arch. für pathol. Anat. und Phys.* 1880.

Maydien : *These de Paris.* 1880.

Leduc : *The Lancet.* 1880.

Viccaji : *Thèse de Paris.* 1880.

Troisier : *Thèse d'agrégation.* Paris, 1880.

Langenbeck : *Arch. f. Klin. Chirurgie.* 1881 (2 cas de gommes veineuses).

Lancereaux : *Phlébite syphilitique* (*in Traité d'Anat. path.*, 1882, t. II, p. 974).

Gayraud : *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier.* 1882, n° 43 (2 hommes).

Pujols : *Thèse de Paris.* 1882.

Schmitt : *De la phlébite rhumatismale* (*Thèse de Paris*, 1884).

De Brun : *Thèse de Paris*, 1884.

Jaccoud : *Dictionnaire encyclopédique.* 1885.

Broca : *Thèse de Paris.* 1886.

Cornil et Babès : *Des Bactéries.* 1886

Berr (A) : *Die Eingeweide syphilis.* Tübingen, 1887.

Dechambre : *Dictionnaire encyclopédique.* 1887.

Anderson et Birsch-Hirschfeld : *Art phlébite, in Dict. Dechambre.* 1887, p. 226.

Léonardi : *Thèse de Paris.* 1888.

Hutchinson : *Syphilis.* Leipzig, 1888.

Pescione : *Trombosi marastica de cachessia sifil* (*Boll. delle Clin.*, mai 1888, et *Giorn. Ital. delle mal. ven.*, 1889, p. 292).

Vidal : *Thèse de Paris.* 1889.

Bitot : *Soc. anatomique de Bordeaux.* 1889.

Thibierge (G.) : *Les lésions artérielles de la syphilis* (*Gazette des Hôpitaux.* 1889, p. 93).

Koulnieff : *Etude sur la prétendue lymphangite consécutive à l'induration syphil. primitive.* (*Académie impériale de Saint-Pétersbourg. Dissert inaugurale*, 1889).

Bréda : *Contributo alla flebite sifilitica* (*Revista Veneta di Scienze mediche*, 1889, p. 446). (1 femme).

Vaquez : *Thèse de Paris*, 1890 ;
Société anatomique, 1892;
Clinique de la Charité du Dr Potain, 1895;
Des coagulations sanguines intra-vascul. Nancy, 1896.

Huchard : *Malad. du cœur et des vaisseaux.* 1890.

TRIPIER : *Thèse de Paris.* 1890.

MAURIAC (Ch.) : *Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire.* Paris, 1890, p. 834. (1 homme).

CHARVOT : *Deux cas de phlébite syphilitique* (*Revue de Chirurgie*, 1891, p. 559). (2 hommes).

CAUTRU : *Sur un cas de phlébite observée chez un syphilitique* (*France Médicale.* Janvier 1892). (1 homme).

FALKENBERG : *Conférence de l'hôpital militaire de Kiew.* Oct. 1892. (1 homme). (*In « Vratch »*, 1892, n° 49, et *Journ. Mal. Cut. et Syph.*, 1893, p. 161).

HANDFORD : *London Méd. Society.* 11 nov. 1892;
Bulletin Médical. 23 nov. 1892.

LE BRANCHU : *Thèse de Paris.* 1893.

GILBERT ET LION : *Société de Biologie.* 1893.

SOTTAS : *Soc. de Biologie.* Avril 1893.

LAMY : *Thèse de Paris.* 1893;
Arch. de Méd. expérim. 1893.

TAYLOR : *Phlébite du pénis compliquant le chancre* (*Annales de Dermat*, 1893, p. 1044).

OETTINGER : *In Traité de Médecine:* 1893, T. V;
Phlébite au cours des accidents second. de la syphilis (*Clinique médic. de l'hôpital Broussais in Semaine Médicale*, 12 février 1902, p. 49). (1 homme).

MENDEL : *Contribution à l'étude de la phlébite syphilitique* (*Arch. génér. de Médecine*, mars 1894). (1 homme).

GAMBERINI : *Rivista italiana di terapia e igiene.* Piacenza, 1894.

BEURNIER : *Les Varices.* Paris, 1894.

BIRSCH-HIRSCHFELD : *Anat. pathol.* Leipsig, 1894.

KARNOVEN : *Ueber luetische Phlebit.* Helsingfors, 1894 (*in Thèse Roques*, Toulouse, 1907, p. 29).

RAYMOND: *Etude de la syphilis du système nerveux* (*Arch. de Neurologie*, 1894).

LANG : *Papeln an Genitale, Phlebitis luetica* (*Jahrbuch d. Wiener K. K. Krankenanst*, 1895, Vienne, 1897, t. IV, p. 107). (1 homme et 1 femme.) et (*in Thèse Collinot*, Paris, 1901).

MENDEL : *Phlébite et myosite syphilitiques* (*Annales de Dermatologie*, 1895, p. 2). (1 homme).

STOCKLIN : *Ouverture de la veine innominée par une gomme ramollie* (*Deutch. Arch. für Klin. Med.*, 1895, p. 146).

LANG (Edouard) : *Vorlesungen über Pathologie und Therapie der Syphilis.* Wiesbaden, 1896.

CORNIL ET MARIE : *Société anatomique.* 1896.

AUMONT : *Etude critique de la pathogénie des phlébites infectieuses* (*Thèse de Bordeaux*, 1896).

Richard d'Aulnay : *Infection syphil. s'accompagnant de pleurésie, de phlébite et d'ictère* (*Annales de Dermatologie*, 1896, p. 938). (1 homme).

De Beurmann et Claude : *Annales de Dermat. et de Syphil.* 1896.

Chrétien : *Néphrite et phlébite porto-cave syphilitiques avec accidents aigus causés par le traitement iodo-mercuriel* (*Journ. des Connaiss. Méd.*, 1897, p. 370.

Seitz : *Syphilis de la veine porte.* 1897.

Weljamowitz : *Ein Fall von Phlegmatia alba dolens syphilitica* (*Militâr Medicin Journal*, octobre 1898 ; *Dermat-Zeitschr.*, 1900, p. 136). (1 homme).

Rieder : *Histolog. Untersuchungen in Primârstadium der Syphilis* (*Deutsche Medic. Wochenschr*, 3 mars 1898).

Fournier (A) : *Traité de la Syphilis.* 1898, tome I, p. 705.

Heuzard : *De la phlébite syph.* (*Thèse de Paris*, 1898). (1 femme).

Proksch : *Uber Venensyphilis.* Bonn, 1898.

Barbe : *Phlébite syphilitique secondaire avec œdème* (*Journ. Mal. Cut. et syph.*, 1899, p. 183). (2 hommes). (*France Médicale*, 1898, p. 497).

Fournier et Lœper : *Deux cas de phlébite syphilitique secondaire* (*Annales de Dermatologie*, 1899, p. 80). (2 hommes).

Bondésio : *Contribution à l'étude de la phlébite des membres dans la syphilis secondaire* (*Thèse de Paris*, 1899). (1 homme).

Le Noir : *Deux cas de syphilis secondaire des veines* (*Association française pour l'avancement des sciences ; Congrès de Boulogne-sur-Mer*, septembre 1899). (1 homme et 1 femme).

Weber : *Note on supposed phlebitis and lymphangitis in secondary syphilis* (*British Journal of Dermatology*, 1899, June, p. 233).

Langenbeck : *Bulletin Médical.* 1899, p. 858.

Ruckert : *Phlebitis syphilitica* (*Inaugur. Dissert. Berlin*, 1899).

Thibierge (G.) : *Festschrift fûr Prof. Neumann Jubiläum.* Wien, 1900 (*Beitrage zur Dermat und Syphilis*, p. 840). (2 hommes).

Whitney : *Syphilis of lungs, heart and vessels* (*Colorado Medical Journal*, août 1900).

Jacquinet : *Un cas de phlébite syph. secondaire* (*Union médicale du Nord-Est*, Reims, 1900, p. 253). (1 homme).

Finger : *Phlebitis syphilitica* (*Arch. für Dermat*, 1900, tome 53, p. 108). (*Verhandlungen der Wiener Dermat. Gesellschaft*). (1 homme).

Dopter : *Sur un cas de compression de la veine cave supér. par une ectasie aortique d'origine syphilitique, Guérison, Diagnostic radiographique* (*Revue de Médecine*, septembre, 1900).

Haslund : *Phlébite syphilitique* (*Société danoise de Dermat.* 3 octobre 1900; *in Dermat. Zeitschrift*, 1901, p. 52). (1 femme).

Philippson : *Uber embolie und Metastase in der Haut* (*Arch. für Dermat.*, 1900, p. 33).

Ullmann : *Venensyphilis* (*in Arch. für Dermatol.*, 1901, tome 56, p. 135). (1 femme).

Proksch : *Uber die syphilis der Venen des Gehirns und des Rückensmarcks* (*Wiener arztl. Centralzeit*, 1901, n° 27).

Collinot : *Etude sur les manifest. veineuses au cours de la syphilis secondaire* (*Thèse de Paris*, 1901). (1 femme).

Blaschko : *Uber thrombophlebitis nodularis syphilitica* (*Versammlung deutscher Naturforscher und Arzte in Hamburg*, von 23, 26 sept. 1901; *in Monatschefte f. Prak. Derm*, 1901, tome 2, p. 520).

Max Marcuse (Berne) : *Uber nodöse syphilide* (*Erythema nodosum syphiliticum*) *und syphilitische Phlebitis* (*Arch. für Dermat*, 1902, tome 63, p. 1). (1 femme).

Audry et Constantin : *Phlébite syphilitique de la veine poplitée* (*Soc. franç. de Dermat.*, 12 juin 1902, p. 321). (1 femme et 3 autres cas).

Campbell (d'Edimbourg) : *Phlébite au cours de la syphilis secondaire* (*Bull. Soc. Méd. des Hôpit.*, 21 novembre 1902, p. 1005). (1 homme).

Brunsgaard : *Perifere flebiter under forlobet of sekundier syph.* (*Norsk. Mag. for Lagevidens Kaben*, Christiania, avril 1902). (5 hommes et 4 femmes).

Guyet : *Phlébite superf. aigüe pendant la période secondaire de la syphilis* (*Thèse de Bordeaux*, 1902). (1 femme).

Pfifferling : *Uber einen Fall von Leber syphilis mit Pfortader Thrombose und Darmhämorrhagien* (*Inaugur. Dissert*, Münich, 1902).

Reignier : *Syphilis pulmonaire oblitérante de la veine cave supér.* (*Soc. de Méd. et de Chir. pratiques*, 20 février 1902).

Fournier (Edmond) : *Des dystrophies veineuses de l'hérédo-syphilis* (*Revue d'Hygiène et de Médec. infantiles*, 1902, n° 1).

Abramow : *Zur Kasuistik der syphilitischen Erkrankungen der Gefässystemes* (*Wirchow's Archiv. für path. Anatomie*, 1902, tome 168, p. 456-467).

Roussy : *La phlébite syphilitique secondaire.* (*Gazette des Hôpitaux*, 5 sept. 1903, p. 1013). (2 hommes).

Renault et Roussy : *Une nouvelle observation de phlébite syphilitique secondaire* (*Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1903, p. 100). (1 homme).

Jullien : *Syphilis noueuse et lésions des vaisseaux* (*Revue des Mal. de la nutrition*, déc. 1903; *Journ. des Mal. cutan.*, janvier 1904, p. 23).

Gaucher et Chiray : *Sur un cas de phlébite syphil. des veines superf. du bras* (*Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux*, 5 février 1903, p. 119. (1 femme).

Hoffmann (Erich) : *Uber strângformige Phlebitis in Frühstadium der Syphilis* (*Dermat. Zeitschrift*, oct. 1903, p. 470. (2 hommes);
Démonstr. cines Prâparates einer syphilitischen Thrombophlebitis (*Dermat. Zeitschrift*, 1903, p. 546. (1 femme).

Neisser : *Un cas de phlébite syph. noueuse avec examen histologique* (*Deutsche Médic. Wochenschr.*, 1903, n° 37 ; *in Dermat. Zeitschrift*, 1904, p. 297). (1 homme).

WECHSELMANN : *Lymphangite syphilitique pouvant être confondue avec une phlébite syphil.* (*Berliner Derm. Gesellschaft*, 13 déc. 1904 ; *in Monatschefte f. Prakt. Dermat.*, 1905, tome I).

BLUMENFELD (ANTON) : *Beitrag zur Thrombophlebitis luetica in Frühstadium* (*Polyclinique de Neisser; in Dermat. Centralblatt*, janvier 1904, p. 98). (1 homme).

BECK : *Sclérose et ossification des veines* (*Semaine Médicale*, 1904, p. 208).

EMMERY, DRUELLE ET IMBERT : *Dystrophie veineuse hérédo-syphilitique de la paroi abdominale, Gomme de la jambe droite, in « La Syphilis »*, 1904, p. 287.

HASLUND : *Phlebite syphil. in extremiteternes subkutane vener under des sekundœre stadium* (*Hospitalstidende*, 30 mars et 6 avril 1904).

PELLEGRINI (Auguste) : *La pilephlebite et la piletrombosi non suppurativa* (*La Clinica Moderna*, 1904, p. 259).

RENAUT : *Les phlébites syphilitiques secondaires.* (*Congrès internat. de dermat. et de syphil.*). Berlin, 1904; *in La Syphilis*, 1904, p. 859.

PASINI : *Gangrena della pelle d'origine syphil.; contribuzione allo studio delle syphilis delle vene.* (*Giornale italiano des mal. venere e della pelle*, 1904, fasc. 6).

THIBIERGE et RAVAUT : *La réaction palpébrale des singes macaques à l'inoculation de la syphilis.* (*Bull. Soc. Méd. Hôpitaux*, 2 juin 1905, p. 465).

SCHAUDINN ET HOFFMANN : *Recherches microbiologiques sur la syphilis.* (*Deutsche medicinische Wochensch*, 4 mai 1905).

HOFFMANN : *Le spirochaete chez un macaque, inoculé avec du sang.* Berlin, Klin-Wochensch, 13 nov. 1905, p. 1.450.

HOFFMANN : *Recherches sur le pouvoir infectant du sang syphilitique.* (*Deutsche Méd. Wochensch*, 29 mars 1906, p. 496.

VUILLEMIN (P.) : *Sur la dénomination de l'agent présumé de la syphilis.* (Spironema pallidum au lieu de spirochoete pallida). — *Compte-rendu de l'Académie des Sciences*, juin 1905.

MARCUSE (BERNHARDT) : *Fall von syphil. phlebitis in Frühstadium. Berlin Derm. Gesell*, 14 février 1905. (*Archiv. f. Dermat.*, 1905, p. 423. (1 femme);

Berlin. Derm. Gesells, 3 juillet 1906, *in Arch. f. Derm.*, 1905, p. 423. p. 436. (3 femmes).

MARCUS (KARL), de Stockholm : *Ein Fall von Venensyphilis, in Sekundârstadium* (avec examen histologique et 3 planches en couleur). *Archiv. f. Dermat.*, 1905, t. 77, p. 43. (1 homme).

HOFFMANN (ERICH) : *Venenerkrankungen im Verlaufe der Sekundârperiode der Syphilis.* (*Archiv. f. Dermat.*, 1905, janvier et février, pp. 39 et 245, tome 73).

JULLIEN : *Phlébites de la syphilis acquise.* (*Congrès internat. de Dermat. et Syphil.* Berlin, 1904, *La Syphilis*, février 1905. (2 hommes).
Traité des maladies vénériennes.

GAUCHER ET TOUCHARD : *Phlébites multiples au cours de la syphilis secondaire.* (*Bull. Soc. Française Dermat.*, 3 novembre 1904, p. 327. (1 homme).

SANDMANN : *Ein Fall von Lues maligna.* (*Dermatol. gesellsch in Stockholm*, 14 sept. 1905; *in Monatschefte für prak. Dermat.*, 1906, tome 1, p. 160. (1 homme).

DARIER ET CIVATTE : *Syphilides nodulaires hypodermiques.* (*Annales de Dermatol. et de syphil.*, mars 1905, p. 267.

KISTIAKOWSKY : *Contribution à l'étude des lésions veineuses de la syphilis* (en russe). (*Voienno-méd. journal*, juin 1906).

ALEXANDER : *Fall von venensyphilis bei rezenter Lues.* (Phlébitis migrans.). *Examen histologique.* (*Breslauer, Dermat. Vereinigung*, 1903-1905, in *Archiv. f. Dermatol.*, avril 1906, tome 79, p. 435. (1 femme).

DIEULAFOY : *Phlébite syphilitique.* (*Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu*, 1905-1906, 13e leçon, p. 230. (1 homme).

BRUHNS : *Neuere Erfahrungen und Anschanungen uber die syphil. Erkrankungen der Zirkulationsorgane bei akquirierter Lues. Berlin, Klin, Wochensch*, 1906, n° 17.

AUDRY : *Phlébite syphilitique ilio-crurale double.* (*Bull. Soc. Franç. Dermat.*, 7 juin 1906, p. 347. (1 femme).

RAVAUT ET PONSELLE : *Recherches sur la présence du spirochaete dans le sang des syphilitiques.* (*Gazette des Hôpitaux*, 31 juillet 1906, p. 1023).

NATTAN-LARRIER et BERGERON : *Du spirochaete pallida dans le sang des syphilitiques.* (*Presse Médicale*, 10 janvier 1906).

RAVAUT et PONSELLE : *Contribution à l'étude clinique et bactériologique des lésions encéphalo-méningées chez les nouveaux-nés syphilitiques.* (*Société Médic. des Hôpitaux*, 12 janvier 1906).

NATTAN-LARRIER et BRINDEAU : *Présence du spirochaete pallida dans le placenta syphilitique.* (*Société de Biologie*, 27 janvier 1906).

THIBIERGE, RAVAUT et LE SOURD : *Le spirochaete pallida de Schaudinn et le diagnostic de la syphilis ; Etude de bactériologie clinique et de recherches expérimentales.* (*Bulletin Soc. Médic. des Hôpitaux*, 6 avril 1906).

BENDA : *Présence du spirochaete dans un cas d'artérite cérébrale* (*Berlin. Médic. Gesellsch.*, 4 juillet 1906; in *Berl. Klin. Wochensehr*, 1906, n° 29, p. 989.

BOSC et DONTRELEPONT : *Presse Médicale*, 5 septembre 1906.

TÔRÔK (Budapest) : *Budapesti Orv. Up. Dermat. Beil*, 1906, n° 4 ; *Uber erythema nodosum syphiliticum.*

EWALD (C. A.) : *Ein Fall von periphl. syphil. Thrombose von ven. port.* (*Berlin. Klin. Wochensch*, 1906, n° 27 ; in Monatsch. f. Prak. Dermat., 1907, tome I, p. 158).

ARNDT : *Un cas de phlébite syphilitique des membres et du plexus pampiniforme.* (*Berlin. Dermat. Gesell.*, 8 janvier 1907 ; in *Dermat. Zeitschrift*, février 1907, p. 124. (1 homme).

Scherber : *Un cas d'érythème noueux syphilitique chez une femme.* (*Arch. f. Dermat.*, tome 87, p. 440).

Balzer et Galup : *Phlébites récidivantes des veines des membres inférieurs et des veines sous-cutanées abdominales.* (*Soc. franç. de Dermatologie*, 1907, p. 331).

Roques : *Contribution à l'étude de la phlébite syphil. des gros troncs veineux.* (*Thèse de Toulouse*, 1907 (avec deux figures).

Tourneux et Lévy : *Un cas de phlébite syphil. superficielle.* (*Toulouse Médical*, 1er mars 1908). (1 homme).

Panella : *Sur la phlébite syphil. secondaire.* (*Giornale italiano delle mal. veneree et della pelle*, 1908, p. 684). (1 femme).

Achard et Demanche : *Phlébite syphil. à forme de phlegmatia alba dolens; Albuminurie.* (*Arch. des Mal. du Cœur, Vaisseaux*, août 1909, p. 449). (1 homme).

Dieulafoy : *Phlébite syphil. des deux jambes; Triple infection vénérienne.* (*Presse Médicale*, 1909, p. 130). (1 homme).

Mac Donagh : *Case of phlebitis nodularis syphilitica.* (*Roy. Soc. Méd.*, London, 1909-1910 ; *British Journ. Dermat.*, 1910, p. 59). (1 femme).

Bozhovski : *On phlebosclerosis.* (*Gazette de St-Pétersbourg*, 1909, p. 65-67).

Etienne et Lucien : *Artérite et phlébite syphil. oblitérantes dans un cas de gangrène massive du membre infér.* (*Annales de Dermat.*, 1909, p. 545). (1 homme).

Fidon : *Phlébite du membre infér. gauche chez un sujet variqueux.* (*Bull. de la Soc. Méd.-Chirurg. de la Drôme*), Valence, 1910. (1 homme).

Strandberg : *Trois cas de phlébite syphil. avec démonstration des préparations microscopiques.* (*Verhandlungen der dermatol. Gesell. zù Stockholm*, 22 sept. 1910 ; in *Archiv. fûr Dermat.*, novembre 1910, p. 344). (3 cas).

Thibierge et Ravaut : *Phlébites syphil. mult. des membres ; Démonstration de la présence du spirochaete dans la paroi veineuse.* (*Bull. Soc. Méd. Hôpit.*, 14 avril 1910, p. 342). (1 homme).

Balzer et Mad. Vaudet-Neveux : *Périphlébite syphil. des veines superf. du bras à la seconde période de la syphilis (formes diffuses et nodulaires).* (*Bull. Soc. franç. de Dermat.*, 12 mai 1910, p. 141). (1 femme).

Auxerre. — Imprimerie J. PIGELET, rue de Valmy, 11.